

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

ANA LUZIA DE OLIVEIRA SILVA

**IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA CRUZEIRO II NO MUNICÍPIO DE SÃO
SEBASTIÃO - ALAGOAS**

MACEIÓ/ALAGOAS

2018

ANA LUZIA DE OLIVEIRA SILVA

**IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CRUZEIRO II NO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - ALAGOAS**

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

Orientador: Professor (a): Ms. Patrícia de Cássia da Silva Bezerra

MACEIÓ /ALAGOAS

2018

ANA LUZIA DE OLIVEIRA SILVA

**IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CRUZEIRO II NO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO - ALAGOAS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor (a). Ms. Patrícia, de Cássia da Silva Bezerra

Examinador 2: Professor (a). Dra. Márcia Christina Caetano Romano

Aprovado em Maceió, em 19 de dezembro de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico o presente às pessoas que incondicionalmente sempre me apoiaram em toda minha jornada até aqui, MEUS PAIS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que nos seus propósitos fez de mim médica e em Sua infinita sabedoria me está fazendo médica da Família e Comunidade. Em seguida agradeço a meus pais pelo desmedido apoio de sempre. À família que escolhi ao longo de difíceis, árduos e maravilhosos 7 anos fora do Brasil, tanto brasileiros como bolivianos

“O médico que só sabe de medicina, nem de medicina sabe”
(ABEL SALAZAR,1929)

“Os médicos que desejem entender o ser humano deverão considerá-lo como um todo e não como parte de um, se si detecta que uma parte do corpo humano está doente, se deve buscar a causa que produz a doença e não somente os efeitos externos que ela produz”.
(PHILLIPUS AUREOLUS THEOPHARASTUS BOMBASTUS VON HOHENHEIM-PARACELSO, 1536)

RESUMO

Este trabalho visa avaliar e demonstrar propostas de intervenções para implementação da educação permanente na Equipe de Saúde da Família (ESF) do Cruzeiro II, situada na cidade alagoana de São Sebastião, assim como sua importância para o desenvolvimento da melhor qualidade da assistência na atenção à saúde básica, buscando as melhores estratégias de enfrentamento em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Profissional que atua diretamente com a comunidade adstrita, mantendo contato direto com os usuários que lhes dirigem suas queixas, problemáticas e dores. Apresenta como objetivo geral, implantar um plano de ação que viabilize o processo de Educação Permanente em Saúde para os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família Cruzeiro II em São Sebastião – Alagoas e como específicos, sensibilizar os agentes comunitários de saúde e demais membros da equipe saúde da família para a necessidade de utilizar o planejamento e execução de ações com vista a promoção da saúde da comunidade; Capacitar os agentes comunitários de saúde quanto suas atribuições junto a atenção primária em saúde e Potencializar as ações educativas promovidas pelos ACS's junto aos usuários. Para elaboração deste trabalho foi utilizado o planejamento estratégico situacional da área adstrita a unidade básica de saúde Cruzeiro II, e em seguida foi realizada a estimativa rápida para a identificação dos problemas prioritários e a descrição dos nós críticos. Sua aplicação objetiva melhorar a prática e o processo de trabalho do ACS e, conseqüentemente, refletir na atividade prestada aos usuários no que tocante a importância da prevenção de doenças e o controle das comorbidades bem como o fortalecimento de vínculo entre ESF e usuário.

Palavras-chave: Educação Continuada. Adaptação Psicológica. Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

This work aims to evaluate and demonstrate proposals for interventions for the implementation of permanent education in the Family Health Team (ESF) of Cruzeiro II, located in the city of São Sebastião, as well as its importance for the development of the best quality care in health, seeking the best coping strategies in conjunction with the Community Health Agent (ACS). Professional that works directly with the affiliated community, maintaining direct contact with the users who address their complaints, problems and pains. It presents as a general objective, to implement a plan of action that enables the process of Permanent Education in Health for the Community Health Agents of the Family Health Unit Cruzeiro II in São Sebastião - Alagoas and as specific, to raise awareness of the ACS's and other team members family health for the need to use planning and implementation of actions to promote community health; To qualify the community health agents as their attributions with the primary health care and to empower the educational actions promoted by the ACSs with the users. In order to elaborate this work we used the strategic situational planning of the area attached to the basic health unit Cruzeiro II, and then the rapid estimation was made to identify the priority problems and the description of the critical nodes. Its application aims to improve the practice and the work process of the ACS and, consequently, to reflect on the activity given to the users regarding the importance of disease prevention and control of comorbidities as well as the strengthening of the link between ESF and user

Keywords: Continuing Education. Psychological Adaptation. Community Health Workers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASB | Auxiliar de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| CONISUL | Consórcio Intermunicipal do Sul do Estado de Alagoas |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Tabela1 –Destino do Lixo..... | 13 |
| Tabela 2- Abastecimento de água | 14 |
| Tabela 3- Instalação Sanitária | 14 |
| Tabela 4- Funcionamento da UBSF equipe Cruzeiro II..... | 18 |

LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde Cruzeiro II, município de São Sebastião, estado de Alagoas20

Quadro 02 – Operações sobre o “nó crítico” relacionado ao problema “melhorar o processo de educação permanente dos ACS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cruzeiro II, do município São Sebastião, estado de Alagoas. 34

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 1.1 Aspectos gerais do município São Sebastião..... | 12 |
| 1.2 Aspectos da comunidade..... | 13 |
| 1.3 O Sistema Municipal de Saúde..... | 14 |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Cruzeiro II..... | 16 |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde de Cruzeiro II...17 | |
| 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Cruzeiro II..... | 17 |
| 1.7 O dia a dia da equipe Cruzeiro II..... | 19 |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade..... | 20 |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção..... | 19 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 22 |
| 3 OBJETIVOS..... | 23 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 23 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 23 |
| 4 METODOLOGIA..... | 24 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 25 |
| 5.1 Agente Comunitário de Saúde | 25 |
| 5.2 Educação Permanente em Saúde | 26 |
| 5.3 Capacitação do Agente Comunitário de Saúde..... | 30 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO..... | 32 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado | 32 |
| 6.2 Explicação do problema | 32 |
| 6.3 Seleção do nó crítico | 33 |
| 6.5 Desenho das operações | 34 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 36 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |
| ANEXO..... | 41 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O Município de Sebastião teve sua origem marcada a partir do povoamento Salomé, de acordo com a literatura local há registros de que o mesmo surgiu há cerca de duzentos e cinquenta anos, o povoado de "Salomé" foi denominado assim devido a junção dos sons das palavras sal e mel, que na época eram mercadorias transportadas pelos tropeiros que circulavam muito pela região. Por ser localizada próxima a fronteira entre Alagoas/Sergipe e cidades prósperas como Penedo e Palmeira dos Índios, eram localidades que serviam muitas vezes de pouso para comerciantes/tropeiros. O tropeiro bastante conhecido, José Luiz, foi um dos primeiros moradores da região, constituído família e instalado no local uma hospedaria, sendo por muitos anos o único morador fixo da localidade (ALAGOAS, 2014).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2014 - 2017) por volta de 1890 foi construída a igreja de Nossa Senhora da Penha, que é a padroeira da Cidade. O progresso foi chegando de forma célebre, a emancipação política do município ocorreu em 31 de maio de 1960, através da lei 2.229, foi atribuído o nome São Sebastião substituindo a denominação povoado de Salomé, sabe-se que o nome da cidade foi em homenagem ao santo e ao governador da época (ALAGOAS,2014).

São Sebastião é uma cidade com 34.387 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2016), localizada no sul do estado de Alagoas e distante 135 km da capital do Estado, Maceió, e 27 km de Arapiraca com uma área de 305,746 km² (104,68 h/km²). A atividade agrícola do município de São Sebastião consiste no cultivo de: Abacaxi, amendoim, banana, batata-doce, cana-de-açúcar, coco-da-baía, fava, feijão, fumo, laranja, mandioca, manga, maracujá e milho, sendo a fonte de renda de maior parte da população (IBGE,2016).

O município apresenta também fontes de renda como a pecuária, o artesanato em geral destacando a renda de bilro que além de fonte de renda e patrimônio cultural da cidade deu a ela o título de "Terra das Rendas de Bilro". Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito menos, de um desenvolvimento social (IBGE,2016).

Devido à sua situação geográfica estratégica, limita-se ao norte com o município de Arapiraca, ao sul com o município de Igreja Nova, a leste com o município de Teotônio Vilela, a oeste com o município de Feira Grande, a nordeste com o município de Junqueiro, a

sudeste com o município de Penedo, a sudoeste com o município de Porto Real do Colégio e a sudeste com o município de Coruripe (IBGE, 2016).

Segundo a Prefeitura de São Sebastião, a atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais ao longo de décadas, onde nos últimos 12 tem se mantido o mesmo, a cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural, especialmente devido a renda de bilro que movimenta a economia da região exportando até para fora do Brasil sua beleza, preserva suas festas religiosas e seus grupos de Folclore, Zabumba e Guerreiro. O Clube Municipal, compreende o espaço cultural onde acontecem suas atividades culturais, educativas e festivas (ALAGOAS,2014).

1.2 Aspectos da comunidade

A população da comunidade é caracterizada como amigável tem um forte vínculo com a equipe da unidade de saúde, a maioria são trabalhadores rurais, O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São Sebastião é 0,549, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,283), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Longevidade (com crescimento de 0,142), seguida por Educação e por Renda (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL,2013).

Quantos aos equipamentos sociais o bairro possui escolas municipais, praças, igreja, e uma ótima infraestrutura, possui área comercial que supri as necessidades da população com mercearias, farmácias, frigoríficos entre outros pontos comerciais. O que refere aos aspectos em serviços básicos existe coleta de lixo, abastecimento de água, e ar condicionado sanitário, assim como representa os dados abaixo:

Proporção de moradores por tipo de destino de lixo coleta de lixo:

Tabela 1 – Destino do Lixo

| Ano base | 1991 | 2000 |
|---------------------------|------|------|
| Coletado | 17,3 | 34,5 |
| Queimado (na propriedade) | 2,0 | 28,9 |

| | | |
|----------------------------|------|------|
| Enterrado (na propriedade) | 1,2 | 3,5 |
| Jogado | 79,1 | 29,3 |
| Outro destino | 0,4 | 3,7 |

Fonte: (ALAGOAS,2014)

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água Abastecimento Água

Tabela 2 – Tipo de abastecimento de água

| Ano Base | 1991 | 2000 |
|-----------------------------------|------|------|
| Rede geral | 6,6 | 10,4 |
| Poço ou nascente (na propriedade) | 70,8 | 57,2 |
| Outra forma | 22,6 | 32,3 |

Fonte: (ALAGOAS,2014)

Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária

Tabela 3 – tipo de Instalação Sanitária

| Ano Base | 1991 | 2000 |
|---------------------------------|------|------|
| Rede geral de esgoto ou pluvial | - | 0,1 |
| Fossa séptica | 1,1 | 9,8 |
| Fossa rudimentar | 61,2 | 63,7 |
| Vala | 1,0 | 0,4 |
| Rio, Lago ou Mar | - | - |
| Outro escoadouro | 0,3 | 0,2 |
| Não tem instalação sanitária | 36,4 | 25,8 |

Fonte: (ALAGOAS,2014).

1.3 O Sistema Municipal de Saúde

Segundo o Plano Municipal de Saúde - PMS (2014-2017), na área de saúde, a cidade conta com 25 estabelecimentos de saúde ligados à rede municipal de saúde e um à rede federal, com atendimento ambulatorial, de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar.

Há cerca de seis anos o município adotou a estratégia de saúde da família (ESF) para a reorganização da atenção básica (AB) e conta hoje com 13 (treze) equipes de zona urbana e

rural, assim como também uma unidade de pronto atendimento onde há aproximadamente 3 meses foi inaugurada a Casa Maternal que conta com o serviço de Parto Humanizado, Laboratório de Análises Clínicas, Equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) que conta com: Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria, Cardiologia, Cirurgia geral, Ortopedia e Endocrinologia, Equipe do CAPS (Centro de Apoio Psicossocial). Também conta com convênios, com outras cidades, circunvizinhas, para realização de exames mais complexos (ALAGOAS, 2014).

Segundo o Plano Municipal de Saúde (PMS) elaborado para os anos de 2014-2017 o que se refere ao financiamento da saúde, são provenientes da União, Estado e recursos próprios:

- União: R\$ 9.870.222,87;
- Estado: R\$ 243.447,23;
- Recursos próprios: R\$ 2.428.999,78.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião, a rede de serviços públicos em saúde está organizada conforme descrição abaixo:

•Atenção Primária: O município conta com 25 Postos de Saúde da Família distribuídos em 5 (cinco) PSF's urbanos e 20 (vinte) PSF's na zona rural, nos quais trabalham 13 (treze) Equipes de Saúde da Família (ESF), 8 (oito) equipes rurais e 5 (cinco) urbanas, das quais nem todas possuem profissionais dentistas para realização do serviço de saúde bucal. Algumas delas, apesar da ausência do profissional dentista, conta com consultório dentário (ALAGOAS, 2014).

•Atenção Especializada: Equipe do NASF (Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicologia), Equipe do CAPS (Psiquiatria, Psicologia, Assistentes Sociais), Especialidades médicas: Ginecologia, Pediatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Cardiologia, Cirurgia geral.

•Atenção de Urgência e Emergência: O município conta com Unidade Hospitalar de Pronto Atendimento que oferece serviço de urgência e emergência, porém sem internação na unidade sendo o paciente é liberado ou transferido logo após estabilizado.

•Atenção Hospitalar: Casa Maternal Nossa Senhora da Penha, onde são realizados partos humanizados, embora não contecom serviço de obstetrícia.

•Apoio Diagnóstico: O município conta com laboratório de análises clínicas que realiza todos os exames de rotina básica. E convênios com os municípios circunvizinhos para exames de maior complexidade.

- Assistência Farmacêutica: Há 08 farmácias, sendo 04 populares, que realizam o cadastro de pacientes e medicamentos para retirada gratuita pelos mesmos.

- Vigilância da Saúde: Realizado pela Equipe de Endemias integrada por 20 agentes, responsáveis pelas notificações de áreas de risco de contágio, situações de risco, presença de vetores, doenças transmissíveis e pacientes sintomáticos. Realizando cronograma de vacinação e reuniões para controle da mesma.

- Relação dos pontos de atenção: São regulados pelo Sistema de Regulação e Marcação de Exames (SISREG) em Arapiraca, segunda maior cidade do estado e cidade de maior porte mais próxima, onde é regulada a marcação de exames e consultas para todas as especialidades com um número fixo de vagas específico para cada município.

- Relação com outros municípios: As relações mais próximas são com Penedo e Arapiraca devido à proximidade em distância e serem cidades que prestam quase todos os serviços mais especializados requeridos pela população do município.

- Consórcio de Saúde: Há o “CONISUL”, um consórcio intermunicipal junto com outros municípios próximos dá acesso a consultas e exames de média e alta complexidade.

- Modelo de atenção: o modelo praticado no município é o da Atenção Básica, o qual é centrado na pessoa de forma integral e integrado à família e a comunidade.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Cruzeiro II

A Unidade Básica de Saúde da Família da Equipe do Cruzeiro II, que abriga a Equipe Cruzeiro II, foi inaugurada há cerca de 20 anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa própria do município, adaptada para ser uma Unidade Básica de Saúde. A casa é relativamente nova e bem conservada. Sua área é adequada considerando a demanda e a população atendida (2.000 pessoas) com um espaço físico muito bem aproveitado. Segundo o Plano Municipal de Saúde (2014-2017) a área destinada à recepção é ampla, apesar de que, nos horários de pico de atendimento (manhã e início da tarde), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta um pouco o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé, especialmente nos dias de pesagem das crianças das áreas de cada agente. Nestes dias, a sala de reuniões funciona como apoio para acomodar os usuários. (ALAGOAS,2014).

São realizadas reuniões com a comunidade na recepção/sala de espera da própria unidade a exemplo dos grupos de HIPERDIA, algumas vezes têm-se a colaboração da equipe do NASF, que busca se adequar-se ao cronograma da equipe Cruzeiro II (ALAGOAS,2014)

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de dedicação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) mais antigos que estão na área e se dedicam muito a comunidade, mesmo com a falta de materiais de insumos. A Unidade, atualmente, ainda não está bem equipada com os materiais necessários para um trabalho de excelência, mas com o que há, busca-se realizar um bom trabalho de equipe. Recentemente a atual administração ofereceu uma melhor condição de trabalho cedendo glicômetro, nebulizador, otoscópio e termômetro (ALAGOAS,2014).

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Família Cruzeiro II

A equipe é constituída pelas seguintes categorias profissionais

- Um médico;
- Cinco ACS – Agente Comunitário de Saúde;
- Um Enfermeiro;
- Um Auxiliar Técnico de Enfermagem;
- Um Recepcionista.

A UBS Cruzeiro II adota o modelo tradicional de assistência à saúde em seus serviços, ou seja, centrado na doença. Recebe demanda espontânea da população, com ênfase na medicina curativa centrada no médico; e a proposta de atendimento prevista no Programa de Saúde da Família constitui uma estratégia para implementação de um modelo assistencial, que busca responder as necessidades da população de forma organizada e racionalizada, com a participação de toda a equipe visando a integralidade da assistência, a partir da referência e contra referência.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Cruzeiro II

A unidade funciona de segunda-feira a sexta-feira das sete às 17h00. A agenda é organizada da seguinte forma:

Tabela 4- Funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF) da Equipe Cruzeiro II

| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira |
|--------------------|-------------------|---|--|---------------------------------|
| Manhã | | | | |
| Demanda Livre | Visita domiciliar | Demanda espontânea/ Programada -Pré-natal | <ul style="list-style-type: none"> • Grupo Operativo; • Roda de conversa e acompanhamento (DCNT) • Hiperdia; • Reunião Semanal / equipe. | Demanda Espontânea / Programada |
| Tarde | | | | |
| Demanda Programada | Puericultura | Demanda Livre | Saúde do homem Reunião semanal | Demanda espontânea |

Fonte: A autora (2017)

A equipe da UBS Cruzeiro II distribui em sua agenda os atendimentos de forma que possa contemplar todos os grupos de usuários, objetivando a assistência em saúde a todos os usuários da área adscrita a unidade. A organização da demanda nos serviços de APS por estar centrada em ações programadas, não elimina a necessidade de atendimento à demanda espontânea por casos agudos. Vale ressaltar que a demanda espontânea é caracterizada pela procura à UBS sem um agendamento prévio, ou sem ter sido alvo de uma busca ativa por condições consideradas prioritárias (RAMOS, 2009).

Usuários portadores dos chamados “casos agudos”, frequentemente chegam à UBS por demanda espontânea, apresentando situações de dor, seja por sofrimento físico ou psíquico e podem necessitar de atendimento de urgência ou emergência na unidade de saúde. É possível compreender que a demanda espontânea se diferencia da programada porque se apresenta por uma necessidade auto percebida pelo usuário, na maior parte dos casos de resolução imediata, o que legitima a sua ida à UBS (SANTANA, 2011).

Os demais atendimentos de demanda programada atendem os pacientes que já possui

sua condição de saúde acompanhada pela equipe da UBS como hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros. A visita domiciliar ocorre uma vez por semana onde o médico, a enfermeira, uma técnica em enfermagem e o ACS visitam os domicílios onde residem usuários que não possuem condições de ir buscar atendimento na UBS, ou seja, tem incapacidade de locomoção.

As reuniões da equipe da unidade ocorrem semanalmente a fim de observar os casos monitorados nas visitas domiciliares e em meio aos atendimentos. E nestas reuniões, busca-se desenvolver ações e metas para se construir um plano terapêutico a fim de trazer a resolutividade para o usuário/população assistida. Nessas reuniões também é feito o trabalho de organização das ações da unidade e atualização de conhecimentos e, capacitações quando necessário. Portanto é desta forma que ocorre o processo de trabalho da equipe de profissionais da UBS Cruzeiro II.

1.7 O dia a dia da equipe Cruzeiro II

O tempo de trabalho da Equipe Cruzeiro II é distribuído por grupos de atenção. O atendimento a demanda espontânea constituía maior parte e a outra, fica com o atendimento de alguns programas, tais como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de peso de crianças. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, grupo de mulheres para esclarecimento de câncer de mama e ginecológico. Ainda sem êxito na ação devido ao despreparo e falta de interesse dos ACS's no enfrentamento do problema citado, como também não houve a colaboração esperada pelos mesmos nas ações desenvolvidas, especificamente em palestras educativas na unidade.

O desconhecimento das atribuições dos ACS, tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe, pois alguns são mais dedicados ao trabalho que outros. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos, essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

- Falta do (a) cirurgião (a) dentista e do (a) ASB (Auxiliar de saúde Bucal) devido à

grande importância da atividade de saúde bucal;

- Saneamento básico deficiente;
- Elevado tempo de espera para a realização dos exames solicitados pelos profissionais o município;
- Falta de recursos financeiros e materiais para atender a demanda de consultas e exames, da comunidade de acordo com as solicitações dos profissionais atuantes no município;
- Melhorar o processo de Educação Permanente em Saúde para os ACS's da unidade de saúde da família - Cruzeiro II.
- Ausência de sistema informatizado nas UBS para melhor acompanhamento do estado do paciente, mesmo após atendimento com outro profissional.
- Quantidade insuficiente de medicação e insumos médicos que atendam a demanda da população adstrita.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Cruzeiro II, Unidade Básica de Saúde do município de São Sebastião, estado de Alagoas.

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/ Priorização**** |
|---|--------------|------------|--------------------------------|--------------------------|
| A falta do (a) cirurgião (a) - dentista e do (a) Agente Saúde Bucal. | Alta | 9 | fora | 2 |
| Saneamento básico deficiente | Média | 5 | fora | 6 |
| Elevado tempo de espera para a realização dos exames solicitados pelos profissionais do município. | Alta | 4 | fora | 3 |
| Falta de recursos financeiros e materiais para atender a demanda de consultas e exames, da comunidade de acordo com as solicitações dos profissionais atuantes no município | alta | 8 | fora | 4 |
| Melhorar o processo de educação permanente em saúde para os ACS's da unidade de saúde da família - Cruzeiro II. | alta | 10 | parcial | 1 |
| Ausência de sistema informatizado nas UBS para | alta | 8 | fora | 5 |

| | | | | |
|--|-------|---|------|---|
| melhor acompanhamento do estado do paciente, mesmo após atendimento com outro profissional | | | | |
| Quantidade insuficiente de medicação e insumos médicos que atendam a demanda da população adstrita | média | 7 | fora | 4 |

Fonte: A autora (2018)

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Diante do problema priorizado, que trata da ausência de processo de educação permanente para os agentes comunitários de saúde (ACS) da Unidade de Saúde da Família - Cruzeiro II. Compreende-se que é de grande necessidade a criação e implantação de um plano de ação que viabilize a capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional da Unidade de Saúde da Família.

A importância da educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho do ACS está na colaboração de mudanças significativas do modelo assistencial e desenvolvimento de práticas educativas que tem por objetivo a resolução de problemas concretos evidenciados no processo de trabalho. Dessa forma compreende-se a EPS como uma estratégia para a transformação de práticas em saúde (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES,2009).

Considerando que os ACS's atuam diretamente juntos às famílias transmitindo informações da USF e orientando as práticas educativas de saúde a fim de promover a saúde coletiva a partir da prevenção, esses profissionais devem ser capacitados e estarem sempre atualizando seus conhecimentos e em constante processo de educação permanente em saúde. A realização deste plano de ação trará benefícios tanto para os profissionais quanto para a população da área adstrita a unidade de saúde.

O problema compreende a falta de conhecimento dos ACS's quanto às atividades da unidade de saúde que são da sua competência. Fato este, que ratifica a necessidade de uma capacitação para atualizar os conhecimentos dos ACS's acerca de suas atribuições e quais ações podem ser desenvolvidas por estes profissionais a fim de melhorar o atendimento na unidade e na população.

Dessa forma foi escolhido a implementação de atividades em educação permanente em saúde para melhoria do processo de trabalho dos profissionais da equipe multiprofissional, principalmente os ACS's. Situação que vem dificultando a execução das atividades na unidade devido ao desconhecimento acerca de suas responsabilidades no âmbito laboral.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Implantar um plano de ação que viabilize o processo de Educação Permanente em Saúde para os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade de Saúde da Família Cruzeiro II em São Sebastião - Alagoas.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar os ACS's e demais membros da equipe saúde da família para a necessidade de utilizar o planejamento e execução de ações com vista a promoção da saúde da comunidade;
- Capacitar os agentes comunitários de saúde quanto suas atribuições junto a atenção primária em saúde;
- Potencializar as ações educativas promovidas pelos ACS's junto aos usuários.

4 METODOLOGIA

A elaboração deste trabalho teve seu início com o planejamento estratégico situacional da área adstrita a unidade de saúde em seguida foi realizada a estimativa rápida para a identificação dos problemas prioritários e a descrição dos nós críticos (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010).

A partir da análise do processo de trabalho da equipe Cruzeiro II, foi evidenciado que é preciso melhorar o atendimento ao usuário, devido reclamações de usuários desassistidos pelos ACS's e conseqüentemente pelos serviços da unidade diante da falta de colaboração deste grupo para as ações pertinentes a suas atribuições.

Para elaboração e embasamento teórico do texto, foram realizadas pesquisas em bancos de dados, BVS, Scielo, BIREME, a partir das palavras-chave: Educação Permanente, Estratégias de Enfrentamento e Agente Comunitário de Saúde.

Na elaboração textual optou-se por contextualizar as publicações disponíveis nos bancos de dados em produções científicas, citá-las de forma direta e indireta, e por paráfrase tendo o cuidado de apresentar seus respectivos autores.

Portanto, compreende-se que este trabalho será classificado como uma revisão bibliográfica com assuntos relacionados ao processo de Educação Permanente em Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional da equipe ESF (Estratégia de Saúde da Família) que atua na atenção básica desempenhando o papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, estabelecendo o vínculo entre equipe de saúde da família e a comunidade. Dessa forma compreende-se que este profissional faz parte da equipe de saúde e também faz parte da comunidade uma vez que o mesmo para atuar em determinada área deve residir ou conhecê-la de forma a colaborar com as atividades e ações em saúde (GOMES, et al,2016).

Ao mesmo tempo em que seu exercício é para comunidade ele também é da comunidade; dessa forma sabe-se que o ACS se alimenta de saberes técnico-científicos, devido sua profissão o mesmo também está embebido da cultura local de saúde. Portanto uma das potencialidades inerentes ao trabalho do ACS está na possibilidade de superação da dicotomia existente entre os saberes técnicos e os saberes da população, em direção a construção de discursos que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde (PINTO, et al, 2012). Dessa forma, ele se destaca como agenciador de ações e práticas emancipadoras em saúde.

De acordo com a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 atribuições do profissional Agente Comunitário de Saúde temos:

(Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.121 de 18.12.2015) [...]"

- I - trabalhar com adstrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- II - cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;
- III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
- VI -desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de

vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

IX - ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal (BRASIL,2011, p. 08).

Vale ressaltar que é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições apresentadas pelo manual do Ministério da saúde descrito acima (BRASIL,2011).

5.2 Educação Permanente em Saúde - EPS

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema único de Saúde seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. (ROSCHKE, M. A.; BRITO, P.; PALACIOS, M. A., 2002).

A Portaria de nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e define diretrizes e estratégias para a implementação da educação permanente em saúde, no âmbito da atenção básica adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2004).

Segundo o Brasil, (2011, p.01):

[...] propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações”. [...] “O processo de educação permanente em saúde tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Na atenção básica, a busca pela competência, pelo conhecimento e pela atualização é essencial para garantir a sobrevivência do profissional em saúde e da profissão. A contribuição da educação permanente na prática profissional evidencia-se por meio das atitudes que o profissional assume enquanto presta assistência ao usuário, dentre as quais está o compromisso firmado consigo mesmo, mediante a motivação pela busca do autoconhecimento, do aperfeiçoamento e da atualização, e prevendo melhorar o cuidado

prestado ao usuário da unidade bem como a comunidade de forma geral. A educação permanente leva ao entendimento de que o indivíduo atuante na saúde deve ter no auto aprimoramento uma meta a ser seguida por toda sua vida (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

A formação pode tomar como referência a busca para desenvolver condições de atendimento as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado, isto se aplica tanto ao agente comunitário de saúde quanto a toda a equipe multiprofissional da unidade (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

[...] A atualização técnica-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamentos e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado as várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM & FEUERWERKER, 2004; p.41).

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações/ na rotina do trabalho. A mesma é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2004).

Paschoal et al (2007) nos ensina que:

A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto aprimoramento, direcionando-o à busca da competência pessoal, profissional e social, como uma meta a ser seguida por toda sua vida. A diversidade de informações, bem como a ampla gama de necessidades de conhecimento nas mais diversas áreas, leva à constatação de seria tarefa quase impossível para a educação formal garantir uma adequada formação ao sujeito (PASCHOAL, 2007, p.478).

A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, onde a capacidade a ser desenvolvida, dessa forma o autor ressalta que a educação permanente é o aprender constante em todas as relações do sujeito (DOMINGUES, 2005).

Desta forma, acredita-se que as instituições de saúde possam constituir-se como espaços destinados a favorecer o crescimento pessoal e profissional, bem como contribuir

para a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde ao reconhecê-los como sujeitos de sua própria história. Nesta perspectiva, as instituições de saúde são corresponsáveis pelo processo de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, apontando a educação permanente no trabalho como uma possibilidade para efetivar o cuidado ao sujeito-cuidador, uma vez que se compreende a educação permanente/continuada como apresenta (BACKES et al, 2002, p.02)

Um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos, para uma práxis crítica e criadora (BACKES et al, 2005, p.02).

Assim, a construção do saber e do cuidado, dar-se-á num movimento dinâmico, permanente, criativo que se expressa pela valorização do diálogo, do compartilhar saberes, entre a razão e a intuição, o objetivo e o subjetivo, advindas das experiências individuais para recriar um novo cuidado por meio do conhecimento de si e do outro. Neste sentido, defende-se a educação permanente no trabalho, como uma forma diferente de entender e realizar o trabalho, bem como, a possibilidade de melhoria da qualidade de vida do sujeito-trabalhador da saúde. Ainda, compreende-se que dentro da estrutura organizacional do serviço de educação permanente no trabalho, o sujeito-cidadão do cuidado é o sujeito-cuidador, e nessa inter-relação, a educação é entendida como um processo cuidativo (FERRAZ, 2006).

Segundo Salum, Prado (2000), ao se refletir sobre educação permanente no trabalho, como forma de cuidado do sujeito-cuidador, é possível reconhecer que na maioria das instituições de saúde, isso ainda, configura-se como uma utopia, no sentido que a concepção de educação permanente está muito atrelada em servir apenas como capacitação dos trabalhadores para a execução de um serviço de boa qualidade.

Percebe-se neste contexto institucional, a educação permanente no trabalho como uma tentativa de romper com o paradigma dominante positivista e unidirecional, para um paradigma de multidimensionalidade no sentido de perceber o sujeito-cuidador na sua totalidade, objetividade e subjetividade, pela inter-relação dos fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, culturais, sociais e éticos. Nesta aplicação, “novas formas de consciência social e política emergem, promovendo a valorização da diversidade dos seres, das ideias, das opiniões, de perspectiva teórico-filosóficas e de expressão no mundo, como necessário à riqueza e plenitude da vida (SALUM; PRADO, 2000).

Assim, o desenvolvimento da educação permanente leva o profissional da saúde à competência, ao conhecimento e a atualização, que são componentes necessários para garantir a sobrevivência, tanto do profissional quanto da própria profissão. As revoluções tecnológicas

e administrativas já não deixam alternativas senão a de segui-las com a mesma rapidez que se caracterizam. Todos os dias, a mudança alcança as pessoas e organizações, de forma gradual e global; pelos seus impactos, sente-se necessidade de se preparar para elas (BEZERRA, 2003).

Outro aspecto importante a ser considerado é a denominação educação continuada, entendida como toda ação desenvolvida após a profissionalização com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais. (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007).

Para Paschoal, Mantovani, Meier (2007), a educação continuada é compreendida como:

Conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual. Para uma efetiva educação continuada, faz-se necessário direcioná-la ao desenvolvimento global de seus integrantes e da profissão, tendo como meta a melhoria da qualidade dos serviços em saúde. Assim, essa tarefa não se resume a ensinar, pois engloba desenvolver no profissional da área uma consciência crítica e a percepção de que ele é capaz de aprender sempre, por meio da educação permanente, e motivá-lo a buscar, na sua vida profissional, situações de ensino-aprendizagem, ressaltando as suas atribuições no contexto laboral (PASCHOAL; MANTOVANI; MEIER, 2007, p. 34).

Cada vez mais, os profissionais capacitam-se por meio da educação permanente em saúde, a qual deve ser ministrada ou trabalhada de modo multiprofissional, pois as questões que se apresentam não são apenas ligadas ao processo de trabalho do ACS – Agente comunitário de saúde – mas, à toda equipe multiprofissional, então, a questão educacional deve ser vista como um processo de mudanças das práticas em saúde. Neste sentido o entendimento de educação permanente destaca as experiências que seguem a formação inicial, melhorando a competência do sujeito no seu campo de atuação laboral (FERRAZ, 2006).

A educação permanente está relacionada com o desenvolvimento do profissional de saúde onde através do conhecimento propicia o uso das experiências vividas no trabalho, na família e na sociedade, para se educar continuamente, tendo como meta a melhoria da qualidade da assistência ao usuário da atenção básica (FORTUNA, 2013).

Segundo Paschoal; Mantovani; Meier (2007) a educação em serviço está incorporada no processo educativo do profissional da saúde sejam quais forem suas atribuições, a mesma é aplicada na rotina de trabalho e nas relações humanas o trabalho, tendo como objetivo o desenvolvimento das capacidades do profissional tais como cognitivas, psicomotoras, relacionais dos profissionais e também as de caráter científico e tecnológica. Portanto compreende-se a sua importância no processo de trabalho e na valorização profissional e

institucional. Esse conceito deve ser repassado ao profissional da saúde em treinamento onde servirá de incentivo para permanecer nas atividades educativas que viabilizam a ampliação do conhecimento.

Portanto, a educação em serviço ocorre na rotina de trabalho onde necessita a dedicação e tempo do profissional em saúde. Neste contexto compreende-se que a relação entre educação permanente em saúde, educação continuada e educação em serviço diferencia entre si pela finalidade e objetivos de sua aplicabilidade (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

5.3 Capacitação do Agente Comunitário de Saúde

De acordo com as Diretrizes para capacitação do Agente Comunitário de Saúde em linhas de cuidado, foi criado em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS, cujo objetivo principal era reduzir a mortalidade materna e infantil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país (BRASIL, 2016).

Em meados de 1994, o PNACS (Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde) foi integrado ao Programa de Saúde da Família (PSF). Dessa forma, a primeira regularização da atividade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que se tem documentado na literatura compreende o período de 1999, instituído com o Decreto 3.189/99. A profissão de ACS teve sua criação em 2002 com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que definiu seu exercício como exclusivamente no âmbito do SUS-Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde (SCHMIDEL, 2009).

Dentre outras ações, algumas atribuições dos ACS's caracterizam-se por:

I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes; II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população [...]; IV - realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade [...]; VI - realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio [...] e outros espaços que comportem a ação planejada [...]; IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município [...]; XI - apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e XII - realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção [...]. (BRASIL, 2012, p. 40)

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o ACS desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, isto implica na implantação e execução das atividades educativas em saúde, em domicílios e coletividades, junto a equipe contribuindo para a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Portanto a Educação permanente em saúde foi incluída como parte desse processo de formação e disseminação da formação do ACS. O Ministério da Educação, em articulação com o Ministério da Saúde, publicou o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – Área Profissional de Saúde (MARTINS, 2012; BARROS et al., 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de ação visa traçar as estratégias para definir os pontos que devem ser melhorados em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Para a obtenção das informações neste trabalho utilizamos a estimativa rápida como um método que contribui para a operacionalização dos princípios de equidade, da participação e da intersetorialidade, envolvendo a população na identificação de suas necessidades; examinando os registros existentes nos prontuários, entrevistando líderes da comunidade e fazendo observações na comunidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS,2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Essa proposta refere-se ao problema priorizado que trata de “Melhorar o processo de educação permanente saúde dos ACS’s da unidade de saúde da família - Cruzeiro II. ” Para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

6.2 Explicação do problema selecionado

Através da análise situacional durante a elaboração do plano de ação e atividades do curso onde foram identificados os problemas na UBS Cruzeiro II, dentre eles destacam-se os seguintes:

Falta do (a) cirurgião (a) dentista e do (a) ASB (Auxiliar de saúde Bucal) devido à grande importância da atividade de saúde bucal; Saneamento básico deficiente; Elevado tempo de espera para a realização dos exames solicitados pelos profissionais o município; Falta de recursos financeiros e materiais para atender a demanda de consultas e exames, da comunidade de acordo com as solicitações dos profissionais atuantes no município; Melhorar o processo de educação permanente saúde dos ACS’s da unidade de saúde da família – Equipe Cruzeiro II; Ausência de sistema informatizado nas UBS para melhor acompanhamento do estado do paciente, mesmo após atendimento com outro profissional; Quantidade insuficiente de medicação e insumos médicos que atendam a demanda da população adstrita.

O problema priorizado compreende melhorar o processo de educação permanente saúde dos ACS’s da unidade de saúde da família - Cruzeiro II que não desenvolvem suas atribuições corretamente devido a falta de conhecimento do profissional.

As causas do descumprimento dos ACS's de suas atribuições, se originam da falta de conhecimento e também da ausência de investimento do município em educação permanente em saúde, fato que devia otimizar o processo de trabalho deste profissional. Assim, essa falta de capacitação do ACS vem gerando problemas que traz transtornos na rotina da UBS, pois muitas vezes algumas ações desenvolvidas na unidade dependem diretamente do trabalho do ACS, quer seja a atualização cadastral, coleta de dados relacionados a área e aos pacientes acamados, entre outros.

6.5 Seleção dos nós críticos

O nó crítico selecionado é falta de informação e de esclarecimento do ACS para a realização das atividades da rotina da UBS. Para isto, se faz necessário que os ACS's conheçam a importância de seu trabalho, quais são suas atividades para organizar sua rotina, sendo fundamental para que isso ocorra, que os profissionais possam refletir sobre suas práticas e nesses espaços, eles possam ser ouvidos em suas angústias e dificuldades no processo de trabalho em reuniões periódicas.

6.6 Desenho das operações

Quadro 02 – Operações sobre o “nó crítico” relacionado ao problema “melhorar o processo de educação permanente dos ACS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Cruzeiro II, do município São Sebastião, estado de Alagoas.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Nó crítico 1 | Falta de informação e de esclarecimentos do ACS para a realização das atividades da rotina da UBS |
| Operação (s) | Capacitação em Saúde |
| Projeto | EPS: Melhoria do processo de trabalho do ACS e da assistência ao usuário. |
| Resultados esperados | Envolver 100% dos profissionais ACS's em atividades de educação permanente em saúde para a compreensão da importância das suas atribuições para assistência aos usuários. Conscientizar a equipe quanto a importância das suas atividades para a melhoria da atenção ao usuário. |
| Produtos esperados | Implantação de reuniões quinzenais da equipe ao longo de 12 meses visando elevar conhecimento dos ACS's e colaborar nas ações de educação em saúde junto aos usuários; Atividades de educação permanente em saúde implantada junto aos ACS's; Melhoria do fluxo de informação e organização das atividades dos ACS's. |
| Recursos necessários | Estrutural: Local adequado, material de suporte didático (ex.: retroprojetor) e elaboração de materiais educativos. Cognitivo: Profissionais qualificados da equipe (ESF) para desenvolver as atividades de capacitação com o ACS Financeiro: Recursos próprios (Disponibilizar, quando necessário, médica e enfermeira para participar das ações de EPS, bem como material didático: blocos de anotações e canetas) Político: Apoio da equipe UBS, Secretaria de Saúde e da prefeitura. |
| Recursos críticos | Estrutural: Local adequado, salubre. Cognitivo: Local adequado que suporte a demanda de profissionais para a capacitação. Político: Apoio da secretaria municipal de saúde e prefeitura Financeiro: Disponibilizar os profissionais para participar da ação educativa. |
| Controle dos recursos críticos | Secretaria Municipal de Saúde |
| Ações estratégicas | Apresentar o projeto a Secretaria Municipal de Saúde justificando a |

| | |
|--|--|
| | <p>necessidade de execução do mesmo para a melhoria do processo de trabalho do ACS;</p> <p>Realizar uma reunião com os ACS's para apresentar o projeto.</p> |
| Prazo | 12 meses |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações | Equipe ESF: Médica, enfermeira, técnica em enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde, demais profissionais de saúde que atuam no território. |
| Processo de monitoramento e avaliação das operações | <p>Controle mensal avaliando se o processo de trabalho dos ACS está evoluindo e se as atividades de sua competência estão sendo desenvolvidas.</p> <p>Realizar reuniões quinzenais da equipe nas quais serão debatidos os fatores envolvidos no processo de trabalho, reflexões sobre os temas abordados nas visitas domiciliares a fim de trabalhar a prevenção de doenças e o controle junto aos usuários.</p> |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este plano de ação visa a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS's, para a melhoria da assistência ao usuário e a elevação do conhecimento dos ACS's acerca de suas atribuições.

A viabilidade desta proposta de intervenção está reforçada pelo seu baixo custo de implantação. Sua aplicação objetiva melhorar a prática e o processo de trabalho do ACS e a assistência domiciliar ao usuário e conseqüentemente, se reflete na atividade prestada aos usuários devido a importância da prevenção de doenças e o controle das comorbidades bem como o fortalecimento de vínculo entre ESF e usuário.

Portanto esta proposta está embasada em uma ação de educação permanente em saúde e na promoção da capacitação da equipe UBS Cruzeiro II especialmente o ACS, para a efetiva melhoria na assistência ao usuário da área adstrita a UBS. Esta proposta não oferece riscos aos seus participantes, tendo como estratégia, adesão voluntária por meio da reunião de apresentação da proposta do plano.

REFERENCIAS

ALAGOAS, Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião. **Plano Municipal de Saúde Quadriênio 2014/2017**. São Sebastião, 2014.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. **Perfil do Município de São Sebastião**, AL 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/> e http://www.desenvolvimento.ifal.edu.br/observatorio/informacoes-socioeconomicas1/dados_pnud/ss/view . Acesso em: 14 de março de 2018.

BACKES V.M.S., NIETSCHE E.A., CAMPONOGARA S., FRAGAR.S., CEREZER R.C. **A educação continuada dos alunos egressos: compromisso da universidade?** Revista Brasileira de Enfermagem, 2002;55(2):200-4.

BARROS, D. F. et al. **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100009. Acesso em: 12 de março de 2018.

BEZERRA A.L.Q. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Leomar e Martinari; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> . Acesso: 06 de abril de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 12 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 22 de setembro de 2017.

CECCIM R.B., FEUERWERKER L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2004 Jan;14(1):41-65.

DOMINGUES T.A.M.; Chaves E.C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **RevEscEnferm USP**. 2005;39(n. esp):580-8 Disponível em:<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/82.pdf>> Acesso em: 20/04/2018

FARIA, H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

FERRAZ et al. Educação Permanente no trabalho como processo educativo e cuidativo do sujeito cuidador. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre v.07 n-02 p. 344-350. Set. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100201>Acesso em: 03 de abril de 2018.

FORTUNA, C.M. et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jul.-ago. 2013. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf. Acesso em: 12 de abril de 2018.

GOMES, M. et al. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1637-1646, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

IBGE. IBGE@idades. **Municípios Brasileiros aspectos socioeconômicos, históricos e demográficos**.2016 disponível em:https://idades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama//saosebastiao_al. Acesso em: 19 de março de 2017.

MARTINS, K. S. **Da alienação à crítica: desafio presente à ação do agente comunitário de saúde no âmbito do SUS**. 2012. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2012.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. de F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino.**Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, vol.41, n.3, pp.478-484. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>. Disponível em:<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/742.pdf>>. Acesso em 20 de abril de 2018.

PINTO R.M., SILVA S.B., SORIANO R. Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. **Soc Sci Med** 2012; 74(6):940-947.

RAMOS, R. R. **A recepção da demanda espontânea no setor saúde da criança numa Unidade Básica de Saúde** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em:https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Demanda_espontanea_Unidade.pdf> Acesso em: 12 de abril de 2018.

ROSCHKE, M. A.; BRITO, P.; PALACIOS, M. A. **Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de saúde: manual do educador**. OPS/

OMS, Washington, 2002. (Série Paltex, n. 44).

SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 6, n. 19, p. 133-141, maio 2011. ISSN 2179-7994. Disponível

em:<https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/163>[https://doi.org/10.5712/rbmf6\(19\)163](https://doi.org/10.5712/rbmf6(19)163)
_ Acesso em: 22 de abril de 2018.

SALAZAR. 1929. **Citações e Frases de personalidades**. Disponível em:<<http://tribunaalpina.com.br/tag/medico/>> acesso em 12 de março de 2017.

SALUM, N.C.; PRADO, M. **Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador (a) de enfermagem**. Texto Contexto Enferm. 2000;9(2 Pt1):298-311.

SCHMIDEL, J. P. da C. **Formação do agente comunitário de saúde na reorganização da atenção primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção**. [DISSERTAÇÃO] Rio de Janeiro: s.n., 2009. Disponível em:<https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25664_schmideljpcm.pdf> acesso em: 19 de março de 2018.

VASCONCELOS M, GRILLO MJC, SOARES SM. **Práticas educativas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Unidade didática I. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 4. Editora UFMG – Nescon UFMG; Belo Horizonte, 2009.

ANEXO

gov.br/rel_LRF.php

Medcel - Área do AI Sistema de Gerencia e-SUS CURSOS Sistema de Contas de SISAB Portal do Departame

Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal

UF: Alagoas

MUNICÍPIO: São Sebastião

RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
Exercício de 2017

Dados Homologados em 29/01/18 16:56:01

| RREO - ANEXO 12 (LC141/2012, art.35) R\$ 1,00 | | | | |
|--|------------------|-------------------------|---------------------|-----------------|
| RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (a) | RECEITAS REALIZADAS | |
| | | | Até o Bimestre (b) | % (b / a) x 100 |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I) | 2.258.259,00 | 2.258.259,00 | 2.428.999,78 | 107,56 |
| Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU | 60.148,00 | 60.148,00 | 33.662,35 | 55,96 |
| Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI | 103.141,00 | 103.141,00 | 52.034,47 | 50,44 |
| Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | 819.400,00 | 819.400,00 | 836.199,47 | 102,05 |
| Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF | 1.239.453,00 | 1.239.453,00 | 1.481.986,44 | 119,56 |
| Imposto Territorial Rural - ITR | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Dívida Ativa dos Impostos | 36.117,00 | 36.117,00 | 25.117,05 | 69,54 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) | 25.771.382,00 | 25.771.382,00 | 26.358.314,55 | 102,28 |
| Cota-Parte FPM | 21.352.248,00 | 21.352.248,00 | 21.225.110,77 | 99,40 |
| Cota-Parte ITR | 13.474,00 | 13.474,00 | 12.886,09 | 95,63 |
| Cota-Parte IPVA | 602.049,00 | 602.049,00 | 705.650,72 | 117,20 |
| Cota-Parte ICMS | 3.780.049,00 | 3.780.049,00 | 4.377.380,08 | 115,80 |
| Cota-Parte IPI-Exportação | 3.413,00 | 3.413,00 | 15.577,00 | 456,40 |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais | 20.149,00 | 20.149,00 | 21.709,89 | 107,74 |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) | 20.149,00 | 20.149,00 | 21.709,89 | 107,74 |
| Outras | | | | |
| TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II | 28.029.641,00 | 28.029.641,00 | 28.787.314,33 | 102,71 |

| RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (c) | RECEITAS REALIZADAS | |
|---|------------------|-------------------------|---------------------|-----------------|
| | | | Até o Bimestre (d) | % (d / c) x 100 |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS | 8.621.831,00 | 8.621.831,00 | 9.870.222,87 | 114,48 |
| Provenientes da União | 8.129.320,00 | 8.129.320,00 | 9.584.386,55 | 117,89 |
| Provenientes dos Estados | 492.511,00 | 492.511,00 | 243.447,23 | 49,43 |
| Provenientes de Outros Municípios | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Receitas do SUS | 0,00 | 0,00 | 42.389,09 | 0,00 |
| TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS | | | | |
| RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | 8.621.831,00 | 8.621.831,00 | 9.870.222,87 | 114,47 |