

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KARLA CRISTINA ROCHA FONSECA

**AÇÕES PARA AUMENTAR O NÍVEL DE INFORMAÇÃO DA
POPULAÇÃO SOBRE O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2014

KARLA CRISTINA ROCHA FONSECA

**AÇÕES PARA AUMENTAR O NÍVEL DE INFORMAÇÃO DA
POPULAÇÃO SOBRE O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2014

KARLA CRISTINA ROCHA FONSECA

**AÇÕES PARA AUMENTAR O NÍVEL DE INFORMAÇÃO DA
POPULAÇÃO SOBRE O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa - orientador

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 26/12/2014.

DEDICATÓRIA

A Deus, pela saúde e força para superar as dificuldades.

Ao meu marido, Carlos Roberto Veloso, pacientemente sempre me dando conselhos, amor, compreensão e ajuda nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional.

A Renata Fiúza, minha tutora presencial, pelo incentivo e conhecimento transmitido.

Ao Bruno Pinheiro de Carvalho, pelo apoio nas minhas ideias e nos meus devaneios.

Ao meu orientador Prof. Edison José Corrêa pelas supervisões fundamentais para a conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A equipe de saúde da cidade de Glaucilândia, Minas Gerais pela dedicação e responsabilidade para a organização dos serviços e de reorientação das práticas na Atenção Primária.

RESUMO

O Programa de Saúde da Família, criado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994 – passado posteriormente à designação Estratégia Saúde da Família –, tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo focado na doença por um novo modelo centrado na pessoa. Para isso, prioriza ações de prevenção das doenças e promoção e assistência à saúde, de maneira integrada e em um território definido. Esse trabalho de Conclusão de Curso teve como foco o Programa Saúde da Família na cidade de Glaucilândia/ Minas Gerais, propondo um plano de intervenção sobre um problema considerado prioritário, o baixo entendimento dos profissionais atuantes na Estratégia de saúde, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como a população, sobre o que é o Programa Saúde da Família, objetivando um melhor plano de cuidados e assistência à saúde. No trabalho é aplicado o Plano Estratégico Situacional, tendo como nós críticos: (1) pouco conhecimento sobre o papel da Estratégia Saúde da Família, pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família; (2) ausência de estratégias que aumentem a relação do Agente Comunitário de Saúde com a população, nas discussões sobre as necessidades de saúde e o papel facilitador da Estratégia Saúde da Família e dos profissionais; (3) falta de ações para orientar a população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família. Para esses três nós críticos, três projetos são propostos, respectivamente, (1) “Oficinas de capacitação para a Equipe de Saúde da Família”, (2) “ACS: construindo um saber com a comunidade” e, (3) Saúde para Todos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Educação para a Saúde.

ABSTRACT

The family health program, created in Brazil by Ministry of Health in 1994 and passed subsequently to the designation of the Family Health Strategy, has as its main purpose to rearrange the practice of health care on new bases and replace the template focused on the disease by a new model centered on the person. This politics prioritizes prevention of diseases and health promotion, in an integrated way and in a defined territory. This monography was focused on the Family Health Program in the city of Glaucilândia / Minas Gerais, proposing a plan of intervention on a high priority problem, the low understanding about Family Health Strategy by health professionals, as well as the population. This plan aims at a better health care. At work is applied the Situational Strategic Planning, with the following critical nodes: (1) low knowledge by the professionals working in the Family Health Strategy, mainly the community health workers, regarding the role of the Family Health Strategy; (2) the absence of strategies to motivate the population to participate in discussions about their health needs and the role of the Family Health Strategy; (3) lack of actions to guide the general public about the role of the family health strategy. For this, three projects are proposed, respectively, (1) training workshops for the family health team, (2) ACS: building knowledge with the community, and (3) Health for all.

Keywords: Family Health Strategy. Community Health Workers. Health education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MG	Minas Gerais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
SF	Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Projeto Oficinas de Capacitação: operação sobre nó crítico 1 para intervenção sobre problema de saúde priorizado na cidade de Glaucilândia / Minas Gerais, 2013.

Quadro 2 – Projeto **Construindo um saber com a comunidade**: operação sobre nó crítico 2 para intervenção sobre problema de saúde priorizado na cidade de Glaucilândia / Minas Gerais, 2013.

Quadro 3 – Projeto **Saúde para todos**: operação sobre nó crítico 3 para intervenção sobre problema de saúde priorizado na cidade de Glaucilândia /Minas Gerais, 2013.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Geral	17
3.2 Específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 BASES CONCEITUAIS	19
5.1 Breve histórico sobre o Sistema Único de Saúde	19
5.2 Princípios básicos do Sistema Único de Saúde	21
5.3 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	22
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 (BRASIL, 1977). Posteriormente, passou à designação de Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2001).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, por meio de atendimentos prestados na unidade básica de saúde, no domicílio ou através da mobilização da comunidade. Apresenta-se como uma estratégia assistencial que procura implantar um novo modelo de atenção à saúde, voltada para a saúde da família, considerando-a em todos os seus espaços de vida. Implantá-la significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população. Essas são questões conceituais a consideradas no planejamento da atenção à saúde, nos municípios brasileiros (BRASIL, 2001).

Um dos aspectos importantes nessa estratégia é a informação que a população tem sobre essa estratégia, o que será abordado nesse trabalho, tendo como foco a cidade de Glaucilândia, em Minas Gerais, território e foco de trabalho da autora.

O município de Glaucilândia encontra-se no norte do estado de Minas Gerais, localizado a 440 km de Belo Horizonte e a 10.7 km de Juramento, 17.3 km de Guaraciama, 33.7 km de Bocaiúva e a 28 km de Montes Claros, seus municípios limítrofes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA, 2014).

As principais rodovias que servem ao município são a BR 135 e BR 308. Além disso, a sede do município é cortada pela Ferrovia Centro Atlântica que liga o norte do estado às principais cidades do Brasil. A altitude é de 690 m, tendo como referência o ponto central da cidade. Temperatura média anual de 22.4 C, média máxima anual

de 29.3 C, média mínima anual 16.7 C. Índice médio pluviométrico anual e de 1.082 mm. Está localizado no polígono da seca, sendo integrante da área mineira da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste. (SUDENE). Clima tropical com estação seca (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA, 2014).

Situa-se na bacia do Rio São Francisco, ao lado de seu tributário da margem direita, o Rio Verde Grande. A área total do município é de 146 km².

Os dados dos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2014) permitem a análise do crescimento populacional do município. População que de 2.962 habitantes em 2010 (estimativa IBGE), 1.496 homens e 1.466 mulheres e distribuída em 1.048 pessoas na região urbana (47,5%) e 1914 (52,5%), passa a 3.114 habitantes em 2014. A distribuição da população não é uniforme, sendo, como visto, maior na zona rural e com pequena predominância do sexo masculino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA, 2014).

Os indicadores de saneamento básico (abastecimento de água, canalização do esgoto, coleta de lixo) são referências necessárias para a qualificação da moradia adequada. No município, em 2010, 65,5% dos moradores tinha acesso à rede de água geral, com canalização em pelo menos um cômodo da moradia. Algumas localidades na área rural não possuem água encanada e consomem água de cisternas e ou de rio, sem nenhum tratamento. Muitos ainda armazenam água de chuva. Vinte e quatro por cento possuíam formas de esgotamento sanitário considerado adequado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTISTICA, 2014).

Em relação às condições de atenção à saúde, o município conta com uma equipe de Saúde da Família (SF), composta por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um fisioterapeuta, um psicólogo e 10 agentes de saúde.

A implantação da equipe de SF no município seguiu o princípio da descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios para a composição da equipe, a integralidade e hierarquização e a territorialização, como o cadastramento da clientela, foram cumpridos, porém, existem distorções para o que realmente o proposto atinja o desejado, para cada princípio. A operacionalização da ESF é buscada, bem como sua adequação à realidade local, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. (BRASIL, 1997).

Além disso, a implantação da ESF por si só não garante a modificação do modelo assistencial médico-centrado. Esta depende da mudança na forma de se produzir o cuidado, assim como dos diversos modos de agir dos profissionais, entre si e com os usuários.

Para Glaucilândia, os resultados apontam que, de 26,12% da população que procurou por assistência na zona rural, apenas 2% demonstram algum conhecimento sobre o funcionamento do Programa Saúde da Família. Esses dados foram obtidos de estudo exploratório de campo com as famílias cadastradas pela equipe do PSF da zona rural do município de Glaucilândia, por ocasião do atendimento médico e observação vivenciada durante o período de março a maio de 2013 (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Esse desconhecimento se traduz na grande demanda espontânea, dificultando o atendimento prestado no que se refere à forma como são conduzidas as consultas, à disponibilidade para o atendimento domiciliar e para às ações preventivas, reuniões, etc. Assim, explica-se o porquê do aumento de filas e o tumulto, tanto nas unidades básicas como na procura ao atendimento hospitalar, na atenção aos casos que poderiam ser resolvidos ambulatoriamente.

Para Sousa (2000, p. 25)

[...] a ESF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. O programa assume o

compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles interferindo de forma apropriada.

As dificuldades e desafios enfrentados pela equipe de Saúde da Família, desde a sua implantação no município, estão em fazer a população entender qual é o verdadeiro significado da ESF e modificar a visão equivocada da maioria dos profissionais da equipe de saúde sobre a mesma, incluindo, especialmente, os agentes de saúde, por seu papel importante dentro da equipe, pois estão mais próximos dos problemas da comunidade.

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da única equipe de SF existente no município de Glaucilândia, realizado em 2013, foram identificados os seguintes problemas relacionados à saúde:

- Insuficiência de profissionais;
- Perfil inadequado dos profissionais para atuação na Estratégia Saúde da Família;
- Profissionais pouco comprometidos;
- Falta de capacitação da equipe;
- Infraestrutura inadequada da UBS e dos pontos de apoio; e
- Baixo nível de informação da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família.

Considerando a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou como problema prioritário o **baixo nível de informação da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família**, cujos nós críticos são:

- (1) Pouco conhecimento dos profissionais que atuam na ESF, principalmente dos agentes de saúde (ACS), quanto ao papel da Estratégia Saúde da Família;
- (2) Ausência de estratégias que aumentem a relação do Agente Comunitário de Saúde com a população, nas discussões sobre as necessidades de saúde e o papel facilitador da Estratégia Saúde da Família;
- (3) Falta de ações para orientar a população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família.

Neste contexto, observa-se que o fato de a população assistida pela ESF desconhecer o papel da Estratégia dificulta a realização de algumas atividades pela equipe, como grupos operativos, atendimentos domiciliares, ações educativas e acompanhamento das pessoas com condições crônicas, uma vez que o interesse da população é apenas por consulta médica, o que direciona o trabalho da equipe para o atendimento centrado na demanda espontânea. Desta forma, a única atividade da equipe responsável pela satisfação da população é o atendimento médico disponível no momento em que ela procura a Unidade Básica de Saúde.

Sendo assim, o grande desafio em saúde, no município de Glaucilândia, é fazer com que a população conheça o papel da Estratégia Saúde da Família, a fim de que possa apoiar a reorientação do processo de trabalho da equipe, com vistas à resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas que residem no território sob responsabilidade da equipe.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica, em um município de pequeno porte populacional, com uma única equipe de Saúde da Família, pela necessidade de trabalhar com a população para o entendimento do verdadeiro significado da Estratégia Saúde da Família, a fim de melhor atender um trabalho baseado na promoção à saúde e prevenção de doenças, e não somente em ações terapêuticas.

Justifica-se, também, pela necessidade de qualificar os agentes comunitários de saúde para atuar na reorientação do modelo de saúde atual, pois possuem um papel importante dentro da equipe e estão mais próximos dos problemas da comunidade.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

3.1 Geral

- Propor plano de intervenção para aumentar o nível de informação da população que reside na área de abrangência da equipe de Saúde da Família do município de Glaucilândia – Minas Gerais, sobre o papel da Estratégia Saúde da Família.

3.2 Específicos

- Ampliar o conhecimento dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre o processo de trabalho em equipe.
- Propor processo de sensibilização e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao papel da Estratégia Saúde da Família.
- Propor processo de orientação da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família, motivando-a a participar de discussões sobre suas necessidades de saúde e o papel da Estratégia.

4 METODOLOGIA

Para realização deste projeto de intervenção foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema identificado como prioritário na área de abrangência da equipe de SF do município de Glaucilândia – MG, tomando-se como referência metodológica o exposto no módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde”, do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Como base para a elaboração do texto foi utilizado o módulo “Iniciação à metodologia: textos científicos, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família”.

Como referência para esse trabalho foi utilizado dados das famílias cadastradas pela equipe do PSF da zona rural do município de Glaucilândia (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Para revisão bibliográfica sobre aspectos conceituais a balisar o projeto de intervenção, buscaram-se bases bibliográficas na literatura científica brasileira, por meio dos seguintes descritores:

Estratégia Saúde da Família. Agentes Comunitários de Saúde. Educação para a Saúde.

5 ASPECTOS CONCEITUAIS

Como embasamento desse trabalho são apresentadas questões que devem qualificar as ações propostas de intervenção sobre o problema prioritário definido: o baixo nível de informação da população sobre o papel da estratégia saúde da família.

5.1. Breve histórico sobre o Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) e suas bases doutrinárias foram gerados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, durante o processo de redemocratização do país e nas vésperas da realização da Constituinte de 1988. Portanto, as resoluções de 1986 embasaram, na Constituição, as formulações do SUS, que foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Antes da criação do SUS, existia um sistema de saúde que atendia, no setor público, os pacientes que tinham direito aos Institutos de Assistência, que já haviam sido centralizados no antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência social (INAMPS). Então, quem não tivesse direito e acesso ao INAMPS, tinha que ser atendido em outro sistema paralelo, que eram os sistemas públicos estaduais e municipais. O Sistema Único de Saúde unificou o acesso da população a tudo isso e, a partir de alguns princípios, como o da universalidade, tornou o sistema aberto a toda e qualquer pessoa, sem a necessidade de comprovação de vínculo com alguma instituição (BRASIL, 1990).

O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formulou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste,

através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (BRASIL, 1997).

A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde nos municípios e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família.

Assim, o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1994 como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, por uma equipe composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde entre outros que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família é uma reorientação do modelo assistencial, realizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais. A atuação das equipes é baseada em territorialização, que trabalha com área de abrangência definida e que fica responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adscrita a esta área, atuando com ações de promoção, prevenção e proteção à saúde desta comunidade.

O PSF atua com enfoque comunitário e de educação para a saúde, dando prioridade à prevenção e ao atendimento de todos os membros de cada família, de modo a

transformar o comportamento, as práticas e a organização dos serviços. Essa reorientação permite que as ações focalizem adequadamente os problemas, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde e aumentando a cobertura assistencial, em especial nas áreas de baixa renda, onde a oferta é mais escassa (BRASIL, 2003).

5.2 Princípios básicos do Sistema Único de Saúde

A estratégia Saúde da Família, a partir da Unidade Básica de Saúde, trabalha com base nos seguintes princípios (STARFIELD, 2002):

- Caráter substitutivo através da substituição das práticas convencionais de assistência por um processo de trabalho baseado no conceito de promoção da saúde.
- Integralidade e hierarquização, com as unidades básicas de saúde inseridas no primeiro nível da atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma a garantir atenção integral, assegurando a referência e contrarreferência para os diversos níveis, inclusive os de maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados.
- Territorialização e cadastramento da clientela, com a Unidade de Saúde da Família trabalhando no território de abrangência definido e sendo responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área.
- Equipe Multiprofissional composta por, no mínimo, um médico de família e comunidade, um enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Isto é importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a

iniciativa, como sujeitos capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2006).

A participação da comunidade é uma forma de reafirmação das propostas idealizadas e a consolidação da Estratégia, para a produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e na qualidade da assistência.

Segundo Negre (2002, apud SILVA, 2014) a mudança do modelo promove a equidade, atende a população de acordo com suas necessidades básicas, humaniza o atendimento e reorganiza a referência. Além das mudanças estruturais no modelo de assistência, de forma objetiva e pragmática, a estratégia Saúde da Família produz impactos nas condições de saúde da população, colaboram para aumentar a cobertura vacinal, reduzir as internações por causas preveníveis, diminuir a mortalidade e morbidade infantil, materna e geral, e ampliar, de forma perceptível, o grau de satisfação da população.

O trabalho da equipe de saúde é um dos elementos-chave para o alcance dos objetivos desse modelo de assistência, o qual visa integrar, organizar e acompanhar as atividades de prevenção e promoção da saúde.

Segundo orientações do Ministério da Saúde, na ESF as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade (BRASIL, 2006).

5.3 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Neste sentido o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado o elo entre a equipe de saúde e comunidade, na medida em que se estabelece um vínculo com a mesma, o que permite a associação entre as informações técnico-científicas e o saber popular, facilitando o acesso dos usuários aos serviços de saúde, uma vez que foram criados visando envolver ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, levando a saúde para mais perto da comunidade, na qual eles devem residir.

Dentre as suas atribuições estão a identificação de fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que possam interferir na saúde da população da sua área, o planejamento de ações estratégicas juntamente com a equipe e o acompanhamento da comunidade através de visitas domiciliares, além de atividades educativas individuais e coletivas (BRASIL, 2006).

De acordo com a lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, p.1.

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esse trabalho propõe um plano de intervenção sobre o problema prioritário “baixo nível de informação dos Agentes Comunitários de Saúde e da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família”.

Para resolução dessa questão são propostos três projetos, cada um deles relativo a um dos seguintes nós críticos:

Nó crítico 1: Ampliar o conhecimento dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre a estratégia e o processo de trabalho em equipe.

Nó crítico 2: Necessidade de processo de sensibilização e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao papel da Estratégia Saúde da Família.

Nó crítico 3: Orientação da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família, motivando-a a participar de discussões sobre suas necessidades de saúde e o papel da Estratégia.

Os projetos são apresentados, sinteticamente, nos Quadro 1 a 3, a seguir.

Quadro 1 – Projeto Oficinas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Família: operação sobre nó crítico 1 para intervenção sobre problema de saúde priorizado na cidade de Glaucilândia - Minas Gerais, 2013.

Problema prioritário	Baixo nível de informação dos Agentes Comunitários de Saúde e da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família.
Nó crítico 1	Ampliar o conhecimento dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família sobre estratégia e o processo de trabalho em equipe.
Operação ou Projeto	Oficinas de capacitação para a Equipe de Saúde da Família.
Resultados esperados	Relação estabelecida, pelos profissionais, entre o processo de trabalho da equipe e as diretrizes preconizadas para o SUS, especialmente para desenvolver ações na integração entre a equipe de saúde e a população. Biblioteca de documentos básicos sobre Atenção Básica em Saúde, Estratégia Saúde da Família (física e virtual) formada.
Produtos esperados	Equipe de Saúde da Família capacitada. Coletânea de documentos básicos preparada. Definição de ações de acolhimento e atenção a serem executadas pelos membros da equipe.
Recursos necessários	Humanos: adesão de toda a equipe. Organizativo: horário comum liberado para participação em oito reuniões quinzenais; autorização da gerência da UBS,
Recursos críticos	Autorização e participação da gerência. Participação de Secretário Municipal de Saúde e médica da equipe
Responsáveis	Principal: enfermeira da equipe.
Prazo	2 meses (implantação); 5 meses (desenvolvimento).
Ações estratégicas	Reuniões periódicas quinzenais com a equipe e ACS Levantamento de bibliografia básica com acesso online, ou por versão impressa ou gravada em CD-ROM.
Acompanhamento e avaliação	Reuniões de avaliação a cada 45 dias. Avaliar projeto como um todo, recursos, responsáveis, cumprimento de prazos, ações estratégicas. Elaboração de memória de cada reunião; revisão na reunião seguinte.
Viabilidade	Boa expectativa de viabilidade, porém depende do Secretário municipal de Saúde participativo nas reuniões.

Quadro 2 – Projeto **ACS: Construindo um saber com a comunidade**: operação sobre nó crítico 2 para intervenção sobre problema de saúde priorizado na cidade de Glaucilândia - Minas Gerais, 2013.

Problema prioritário	Baixo nível de informação dos Agentes Comunitários de Saúde e da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família.
Nó crítico 2	Necessidade de processo de sensibilização e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde quanto ao papel da Estratégia Saúde da Família.
Operação ou Projeto	ACS: Construindo um saber com a comunidade.
Resultados esperados	Agentes Comunitários de Saúde (ACS) mais bem informados e confiantes em sua capacidade educativa. ACS participativos na elaboração de material informativo e educacional. ACS participantes no planejamento de agenda e processos de trabalho.
Produtos esperados	Panfleto mensal (ou fôlder) elaborado para campanha informativa e educacional (uma folha A4 dobrada, impressão frente e verso). Visita domiciliar redimensionada, incluindo apresentação e distribuição de panfletos (cartilhas?).
Recursos necessários	Humanos: Equipe de elaboração e revisão, uso de computador e impressora liberado. Financeiros: Impressão de 500 fôlderes por mês.
Recursos críticos	Autorização e participação da gerência. Recurso financeiro mínimo.
Responsáveis	Principal: enfermeira da equipe.
Prazo para implantação e desenvolvimento	6 meses.
Ações estratégicas	Apresentar o plano. Apoio de atores sociais.
Acompanhamento e avaliação	Serão realizadas reuniões mensais com a população com debates sobre as informações veiculadas nos panfletos.
Viabilidade	Boa expectativa de viabilidade, porém depende do Secretário Municipal de Saúde e recursos de infraestrutura (fáceis de obter) e recursos financeiros.

Quadro 3 – Projeto **Saúde para todos**: operação sobre nó crítico 3 para intervenção sobre problema de saúde priorizado na cidade de Glaucilândia - Minas Gerais, 2013.

Problema prioritário	Baixo nível de informação dos Agentes Comunitários de Saúde e da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família.
Nó crítico 3	Orientação da população sobre o papel da Estratégia Saúde da Família, motivando-a a participar de discussões sobre suas necessidades de saúde e o papel da Estratégia.
Operação ou Projeto	Saúde para todos.
Resultados esperados	Comunidade informada adequadamente e continuamente sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), as atribuições da equipe, os recursos existentes para melhorar o atendimento na ESF e o processo de atenção pela equipe e unidade.
Produtos esperados	Agenda organizada e afixada nas unidades.
Recursos necessários	Pessoal, organizativo e financeiro.
Recursos críticos	Participação dos Agentes Comunitários de Saúde.
Prazo para implantação e desenvolvimento	Imediato.
Ações estratégicas	Reuniões mensais com a população.
Acompanhamento e avaliação	Mensalmente.
Viabilidade	Construção da agenda pela equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A minha motivação para a realização desse estudo foi à expectativa de contribuir, de alguma forma, com a população assistida na ESF zona rural, área em que atuo, para a necessidade de inversão do modelo de saúde marcado pela predominância da assistência médica (consulta, médico e medicamento), curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença para um processo voltado em promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e controle de agravos e reabilitação dos doentes, pois desde a implantação essa não foi informada sobre a filosofia da ESF, provocando muita confusão e desorganização do trabalho da equipe.

Portanto, a implantação do PSF de forma compulsória contribuiu para que a população e os ACS ainda permaneçam executando o modelo centrado na doença, que se torna um obstáculo para a oferta de um serviço de excelência, daí a importância de realizar práticas educativas com os profissionais da equipe, gestores e a população buscando compreender e refletir sobre a atenção básica.

Planejar deixa de ser uma ação complementar para se tornar uma ação na melhoria da qualidade da atenção básica imprescindível no cotidiano da equipe. As transformações ainda que lentas, principalmente devido às dificuldades encontradas, serão os caminhos para superar os obstáculos de todas as ordens: na organização do trabalho, na relação com os profissionais da equipe e a comunidade e de consolidação das ações em conjunto.

A minha perspectiva é apresentar à comunidade do município as atribuições da ESF a fim de viabilizar um serviço baseado na promoção à saúde e a prevenção de doenças e não somente em ações terapêuticas, além de

qualificar os trabalhadores da saúde do seu papel na equipe para atuarem na orientação do modelo de saúde atual diante da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar**- Uma Estratégia para a Reorganização do Modelo Assistencial. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1662138&pid=S1413-8123201100040003100013&lng=en>. Acesso em: 9 set. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 9 nov. 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2 ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. IBGE. **Cidades@ Minas Gerais>>Glaucilândia**. [online] 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/extras/perfil.php?codmun=312735>>. Acesso em 9 nov. 2014.

NEGRE, B.; VIANA, A. L. A. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine; Cealag, 2002. Apud SILVA, L. H. Percepção da

população sobre o programa de Saúde da Família no município de Piracicaba. [online], 2014. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/4mostra/pdfs/85.pdf>>. Acesso em: 9 nov.2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB Secretaria de Saúde de Glauclândia). Acesso em 15 out. 2013.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Brasileira de Enfermagem: Saúde da Família**. V.53, nº especial. Brasília: Aben, dez.2000. P. 25 – 30. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672000000700004&script=sci_arttext>. Acesso em: 1 out. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.