

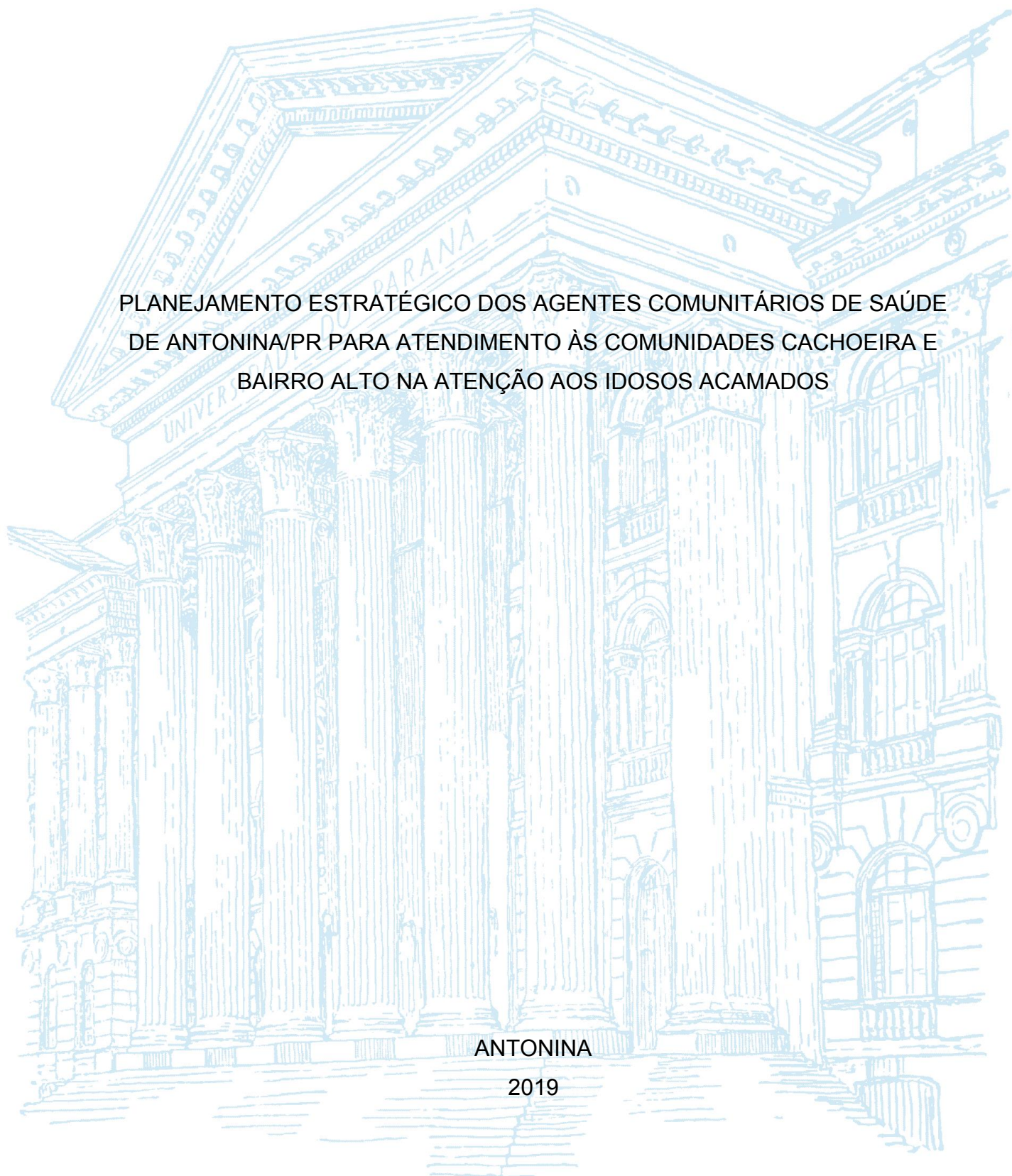
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GLAUCIELY COSTALONGA MOUTA

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DE ANTONINA/PR PARA ATENDIMENTO ÀS COMUNIDADES CACHOEIRA E
BAIRRO ALTO NA ATENÇÃO AOS IDOSOS ACAMADOS

ANTONINA

2019



GLAUCIELY COSTALONGA MOUTA

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DE ANTONINA/PR PARA ATENDIMENTO ÀS COMUNIDADES CACHOEIRA E
BAIRRO ALTO NA ATENÇÃO AOS IDOSOS ACAMADOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a) Vanessa Comassetto.

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a) Marineli Meier.

ANTONINA

2019

Dedico todo estudo realizado aos pacientes que dia após dia confiam seu bem mais precioso, suas vidas, a mim. A confiança depositada são o maior estímulo para a melhoria do trabalho realizado. Todo o empenho empregado é dedicado a eles.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por minha saúde que me permite diariamente trabalhar em prol do próximo. À minha família, amigos, pacientes, companheiros de trabalho, agradeço por toda compreensão, parceria, companheirismo, confiança, solidariedade, empatia, e por todo carinho de sempre. Este trabalho tem um pouco de cada um.

Um planejamento cuidadoso é capaz de vencer quase todas as dificuldades.
(Amiano Marcelino)

RESUMO

O plano de Intervenção que trata do planejamento das ações do agente comunitário de saúde para atendimento aos idosos acamados de duas comunidades do município de Antonina-PR é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O papel do agente comunitário nas atividades da atenção básica é muito importante como elo entre comunidade e profissionais da saúde. As informações captadas pelo ACS durante suas visitas de rotina influenciam diretamente o fluxo de atendimento das unidades, e determinam as prioridades no planejamento estratégico de coordenadores das unidades. Nesta pesquisa ação foram utilizadas como objeto de estudo a UBS Cachoeira e UBS Bairro Alto. Nestas comunidades o número de idosos é elevado, com quantitativo relevante de domiciliados e acamados, em sua maioria, hipertensos, diabéticos, portadores de doenças crônicas, dentre outras condições de saúde. O objetivo da intervenção é estabelecer um controle dos pacientes acamados, uma rotina de atendimento planejada que possa representar resultados positivos para os pacientes através de tratamentos, e conseqüentemente uma possível reabilitação. Foi realizado um planejamento envolvendo todos profissionais atuantes, sendo iniciada uma intervenção onde o agente comunitário foi responsável por trazer os dados, e através destas informações os atendimentos foram estruturados de maneira trazer maior qualidade de vida aos usuários. Foi ressaltada a necessidade de o ACS conhecer a microárea, assim como, participar ativamente do planejamento das visitas através da contribuição de seu conhecimento perante as famílias. O plano trouxe melhor emprego do capital humano do município em benefício da saúde dos idosos acamados nas comunidades estudadas, servindo como modelo para novos projetos.

Palavras-chave: ACS. Idoso. Acamado. Domiciliar.

ABSTRACT

The Intervention plan that deals with the planning of the actions of the community health agent to assist the bedridden elderly of two communities in the city of Antonina-PR is a result of the Specialization Course in Primary Care of UFPR, funded by UNA-SUS. The role of the community agent in primary care activities is very important as a link between community and health professionals. The information captured by the ACS during its routine visits directly influences the service flow of the units, and determines the priorities in the strategic planning of unit coordinators. In this research action were used as object of study the UBS Cachoeira and UBS Bairro Alto. In these communities the number of elderly is high, with a relevant number of domiciled and bedridden, mostly hypertensive, diabetic, with chronic diseases, among other health conditions. The goal of the intervention is to establish a control of bedridden patients, a planned care routine that can represent positive results for patients through treatments, and consequently a possible rehabilitation. A planning was carried out involving all working professionals, and an intervention was initiated where the community agent was responsible for bringing the data, and through this information the attendances were structured to bring a higher quality of life to the users. The need for ACS to know the microarea was emphasized, as well as to actively participate in the planning of visits through the contribution of its knowledge to families. The plan brought better use of the municipality's human capital to benefit the health of the bedridden elderly in the communities studied, serving as a model for new projects.

Keywords: ACS. Old man. Bent Household.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FORMULÁRIO DE PESQUISA.....	26
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE ACAMADOS IDENTIFICADOS ATRAVÉS DE BUSCA ATIVA.....	29
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PI	27
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
PNAB	- Plano Nacional de Atenção Básica
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.1 Objetivo geral	20
1.2.2 Objetivos específicos.....	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
3 MATERIAL E MÉTODOS	24
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O município de Antonina está localizado no litoral do Paraná, a 84 quilômetros da Capital Curitiba. Possui, de acordo com dados do IBGE (2018), uma população estimada de 19.011 pessoas, sem disparidade acentuada entre homens e mulheres. A situação econômica da população figura entre o Estado numa posição baixa, com rendimentos médios de 2,2 salários mínimos (IBGE 2016), colocando a cidade num cenário bastante carente. Isto se reflete no índice de pobreza, que alcança 50,22%. O analfabetismo é um quadro a se destacar. Elencando a população com 18 anos ou mais, está presente em 44,13% do grupo (PNUD, Ipea e FJP 2013).

No âmbito da saúde, de acordo com dados da vigilância de saúde do município, em 2017, foram 129 óbitos, onde as principais causas foram os acidentes vasculares encefálicos, o câncer, Diabetes Mellitos, infarto agudo do miocárdio, e doenças respiratórias. Nos últimos anos o município sofreu com a presença de vetores de transmissão da dengue, tendo grande número de notificações, além de ter registrado em 2019 a presença do vírus da febre amarela em primatas, e o primeiro caso em humanos no Paraná desde 2015.

A população é acometida por algumas doenças prevalentes. As taxas mais significativas equivalem a 3% para sífilis primária, 15% para hipertensão, 12 notificações de tuberculose em 2017. Além disto, possui alto número de pacientes acamados e/ou domiciliados. Nas comunidades rurais, este número não foi trabalhado pela saúde do município, e até o início deste estudo, as demandas de atendimento são sanadas de acordo com seu surgimento ou por solicitação da família.

A rede de atenção à saúde de Antonina é composta por nove centros de saúde, sendo quatro em área urbana, e cinco em áreas rurais. Possuem dez equipes de Estratégia e Saúde da Família, compostas por seis médicos clínicos generalistas, dois pediatras, dois ginecologistas obstetras, um neurologista, um nutricionista, três dentistas, três auxiliares em saúde bucal, assistente social, além de demais áreas de apoio como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), e conselho tutelar. Até a presente data, o município conta com dezoito agentes comunitários de saúde em seu quadro, quantidade abaixo do indicado pela PNAB (BRASIL, 2012), que preconiza um agente comunitário para cada 150 famílias, ou 750 habitantes da microárea.

Durante os atendimentos ambulatoriais nas unidades de saúde é possível observar o alto número de idosos com doenças crônicas, diabetes, dores diversas causadas pelo trabalho intenso nas atividades com a lavoura, entre outras situações de atenção. O fator que se destacou foi a falta de acompanhamento dos pacientes que precisam de atendimento domiciliar, seja por acamados ou mesmo domiciliados. Ambas unidades não tinham o controle desses pacientes, sua situação, necessidades, e nem mesmo uma rotina de atendimento. A visita ocorre quando solicitada pela família, ou mesmo, quando após um atendimento de urgência essa recomendação era dada pelo NIS. Neste ponto surgiu o interesse em estruturar a ação dos agentes comunitários de saúde, e apesar da tratativa deste plano ser diretamente para as duas comunidades, pois são os locais onde existe governabilidade, eventualmente pode ser utilizado em alguma outra unidade que enfrente a mesma dificuldade.

Como não existe planejamento adequado para estes profissionais, os mesmos dão suporte nas unidades de saúde, de acordo com o solicitado pelos coordenadores das unidades.

Nas Unidades de Saúde em que o presente estudo foi realizado existe apenas um agente comunitário. Suas atividades são resumidas pelas prioridades estabelecidas por sua coordenação, que precisa seguir os calendários municipais, e ao mesmo tempo, atender as demandas de saúde da microárea.

A ausência dos agentes comunitários em campo sempre foi alvo de insatisfação da população, que não conseguia reportar-se ao centro de saúde senão indo até este. Não havia interação entre comunidade e Atenção Básica. Com a contratação por meio de concurso público vigente o número de agentes poderá ser ajustado, porém, a falta de planejamento para receber estes profissionais irá criar um círculo vicioso onde a força profissional estará sendo perdida, deixando de produzir o que possui capacidade, e impedindo a área de saúde de estabelecer o vínculo profissional – comunidade, preconizado pelas atribuições da função.

O agente comunitário de saúde deve atuar na prevenção e promoção à saúde por meio de ações estratégicas, orientando, acompanhando indivíduos ou mesmo grupos familiares, mapeando a comunidade, apontando grupos de risco como hipertensos, diabéticos, portadores de doenças crônicas, acamados, domiciliados, entre outros. Cabe-lhes também a identificação de gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças. Tais informações geram valores que definem as atividades executadas numa comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Na atenção ao idoso acamado a participação do ACS é extremamente importante pois durante suas visitas é possível identificar famílias com esta situação. O agente comunitário é o componente chave na identificação de acamados por parte da unidade de saúde. É este profissional que vai trazer a informação e permitir que a atenção devida seja dada a este paciente que não possui a mobilidade para ir em busca de atendimento.

Neste ponto concretiza-se a importância deste profissional para a saúde do município. O agente comunitário de saúde é a oportunidade da equipe multidisciplinar se aproximar do paciente, conhecer sua rotina, suas fragilidades, suas necessidades, e servir como uma ponte, entre comunidade e profissionais da rede de saúde.

A necessidade de aproximar a Atenção Básica de sua comunidade como um todo, e de ter dados concretos para direcionar as ações adequadas ao seu público alvo, estabelece o foco desta intervenção, tendo como objeto de trabalho o planejamento eficaz do uso dos agentes comunitários de saúde no atendimento aos idosos acamados nas comunidades supracitadas. É preciso uma reorganização dos agentes, respeitando as atribuições que lhes competem, direcionando-os para atuação em campo, e definindo uma metodologia de trabalho, sistemática, e voltada para as áreas sensíveis da saúde nesta comunidades.

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha do objeto de intervenção é voltada para subsidiar as necessidades de toda população assistida, proporcionando aos profissionais de saúde maior conhecimento de seus pacientes, maior integração com o núcleo familiar, suas demandas e carências.

Como integrante da equipe multidisciplinar o médico precisa ter toda informação possível a sua disposição para definir o melhor planejamento para cada paciente, ou mesmo para grupos ou áreas de atendimento. Informações referente à moradia, condição econômica, condição sanitária, observações em geral realizadas durante uma visita de um agente de saúde, são fundamentais para constituir o cenário em que está inserido o paciente. As questões socioeconômicas influenciam diretamente na condição de saúde da população.

Quando se fala de atenção a idosos acamados é preciso ter o conhecimento que, diferente de outros pacientes, que podem se deslocar à unidade de saúde, ou

hospitais do município, estes idosos estão com sua mobilidade limitada, e neste momento, é dever do município levar a condição de atendimento até o usuário.

O agente comunitário, sob orientação dos diversos profissionais das equipes de saúde, pode trazer as informações pertinentes, otimizando o atendimento, dando possibilidade de a equipe de saúde ir até o paciente levando melhores condições e elevando sua qualidade de vida. A identificação e a captação das informações do paciente diminuem a necessidade da família do paciente se deslocar até o centro de atendimento, evita filas, espera, e traz mais agilidade no tratamento do paciente.

Atividades como agendamentos de consulta domiciliares podem deixar o status de demanda, e se tornar ações preventivas. Isto com a antecipação da informação do ACS, transmitindo para a equipe, pacientes em situação potencial a evoluir.

Realizar o planejamento das ações dos agentes comunitários é um ponto de interesse comum a toda equipe multidisciplinar, pois, uma vez capacitado e qualificado, as informações trazidas serão determinantes para as ações de saúde, campanhas de prevenção, ou seja, uma equipe que conheça sua comunidade pode atendê-la melhor.

A intervenção torna-se oportuna num período em que o município de maneira geral possui um envelhecimento identificado pelas pesquisas – a taxa de envelhecimento na última década de referência subiu de 7,41% para 9,87%. A população idosa vem crescendo, e nas áreas rurais esse índice é maior pelas próprias razões socioeconômica.

O plano, de maneira geral, vai trazer melhorias para a população idosa, através de uma atenção voltada para estas comunidades de maneira específica, enxergando suas demandas de atendimento domiciliar, e podendo agir pontualmente nos pontos críticos. Vai dar mais volume aos dados das unidades, trazendo estatísticas, e fonte de pesquisa para novas ações preventivas. Permitirá maior integração das equipes, utilizando todo capital humano do município de maneira eficiente, aplicando a energia de trabalho em busca de melhoras na condição de saúde do município. Além disto, o modelo de atendimento poderá ser direcionado para outras demandas.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Intervir estrategicamente na atuação dos agentes comunitários de saúde das comunidades de Cachoeira e Bairro Alto, planejando as ações destes profissionais e aproximando a equipe multidisciplinar de pacientes idosos acamados na busca por um atendimento mais assertivo.

1.2.2 Objetivos específicos

Planejar as ações dos agentes comunitários de saúde com foco nos pacientes acamados;

Capacitar os profissionais envolvidos;

Definir metas para identificação e dimensionamento;

Aumentar a base de informações relativas à situação de saúde das comunidades;

Engajar a atuação dos ACS à equipe multidisciplinar;

Levar maior qualidade de atendimento até o usuário acamado;

Atuar com caráter mais preventivo e menos emergencial.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O agente comunitário de saúde foi instituído em meados do ano de 2002, através da Lei 10.507, com intuito de atuar em atividades de prevenção e promoção da saúde.

Este profissional representa um elo muito importante entre a comunidade – com todas suas necessidades – e a saúde pública – com todas as possibilidades de apoio à população e suas situações de saúde. O agente é um canal de comunicação, onde o cidadão ao receber a visita domiciliar, pode fornecer informações, apresentar a situação familiar, informar necessidades. Tudo isto será levado até os responsáveis pela saúde da microárea através do ACS, e a partir daí a situação pode ser tratada da melhor maneira possível.

Para que a Estratégia e Saúde da Família seja eficaz é preciso que o ACS esteja inserido em sua área de atuação, com informações sempre atualizadas, possibilitando identificar as maiores demandas de atendimento pela equipe de saúde da região. Dados atualizados permitem estratégias de intervenção, mas antes de tudo, de prevenção.

A Política Nacional de Atenção Básica cita a importância de ter um planejamento inclusivo para que os ACS possam, através de sua atuação, auxiliar nas ações de saúde, ou mesmo na reestruturação da saúde pública:

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. (BRASIL, 2017)

Para implantação da estratégia a PNAB determina alguns itens necessários, como a existência de uma Unidade Básica de Saúde, número de ACS compatíveis com a base populacional da área, cumprimento de 40 horas semanas pelos membros da equipe (agentes e enfermeiro), enfermeiro supervisor, ACS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), realização de ações previstas nas legislações de saúde vigentes (inclusive na própria PNAB) na microárea

sob sua responsabilidade (não podendo ultrapassar 750 pessoas), atividades dos ACS direcionadas às maiores necessidades do território (sempre priorizando a população com maior vulnerabilidade ou maior risco epidemiológico), atuação em ações básicas (sempre zelando pela saúde do território), cadastro de informações da população, preenchimento e informação no Sistema de Informação em Saúde.

Atendendo todos estes itens a equipe ESF estaria cumprindo o que foi determinado na PNAB. Porém em muitas unidades de saúde a falta de recursos, escassez de pessoal, e falta de capacitação fazem com que profissionais tomem outros caminhos na atuação, trazendo resultados muito abaixo do esperado.

No que tange ao atendimento do idoso, no Brasil, é preciso atenção ao discutir o tema devido as inúmeras alterações nos costumes, nas configurações da família, nos meios de trabalho, dentre outras transformações sociais ocorridas ao longo dos anos. A participação ativa da mulher nas frentes de trabalho, as dificuldades sociais que obrigam os cidadãos iniciarem a vida laboral cedo e encerrar tardiamente, dentre outras variáveis contribuem para condições de saúde não favoráveis, refletem diretamente nos números de idosos acamados acometidos por doenças crônicas, totalmente em posição adversa à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 648/2006), que tem como principais diretrizes o envelhecimento saudável, a atenção integral à saúde, e nisto encontra-se inserido o atendimento de qualidade e organizado de pacientes idosos acamados.

A atenção domiciliar pode ser entendida como uma forma de atenção à saúde onde a atuação da equipe multidisciplinar ocorre diretamente na moradia do paciente, através de um conjunto de ações planejadas em busca da promoção à saúde, prevenção, tratamento, reabilitação. Representa a continuidade dos cuidados que integram a Rede de Atenção à Saúde.

Os atendimentos domiciliares proporcionam ao paciente uma possibilidade de acesso à saúde, o que garante melhoria na qualidade de vida não apenas do atendido, mas de todo núcleo familiar. Esta aproximação à realidade do usuário permite que outras situações de atenção sejam identificadas durante as visitas, além de trazer ganhos no que diz respeito a hospitalizações desnecessárias, esperas em pronto-atendimentos, superlotação de serviços de emergência.

No caderno de auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – é possível observar que os atendimentos a pacientes idosos acamados deve ser realizado de forma programada

e planejada de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade, devendo ser negociado com a equipe de saúde, destinando o atendimento e tratamento adequado a cada caso (BRASIL, 2013).

Para um planejamento eficaz é preciso conhecer a comunidade, ter dados disponíveis que direcionem as prioridades e áreas de atuação com maior necessidade. Neste contexto, Maciazeki-Gomes e Rita de Cássia et al definem o campo de atuação do ACS:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde. 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. (MACIAZEKI-GOMES, RITA DE CÁSSIA ET AL, 2016)

O ACS neste sentido se destaca como protagonista na tarefa de nortear as ações de promoção a saúde das unidades. No cenário das visitas domiciliares o trabalho precisa ser definido de maneira estratégica para que alcance os resultados esperados. Nas diretrizes do programa de Estratégia e Saúde da Família (ESF) o planejamento das atividades deve ser delineado em concordância com os aspectos da população cadastrada; deve ser refletido em ações que possam representar melhorias para a comunidade.

A visita domiciliar, uma vez identificada como sendo necessária, deve ser analisada de forma multidisciplinar para que tenha um aproveitamento satisfatório. Lima, Silva e Bouso (2010) destacam:

Para que a visita seja bem-sucedida e atinja seu objetivo, é fundamental que ela seja devidamente planejada, para que o agente aproveite melhor seu tempo e o tempo das pessoas que vai visitar. Além disso, é importante que tanto este profissional como o indivíduo ou a família visitada compreendam a finalidade dessa atividade. (LIMA; SILVA; BOUSSO, 2010)

Desta forma este plano pretende de maneira gradual transformar ações isoladas e desconexas praticadas nas unidades em estudo, em ações coletivas envolvendo profissionais de saúde de maneira a trazer resultados mais eficazes para o paciente.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Para a elaboração deste plano de intervenção o tipo de pesquisa utilizada foi a pesquisa-ação. Esta metodologia inclui etapas importantes que incluem observar para estabelecer um diagnóstico da situação; pensar para identificar os problemas passíveis de intervenção; e a ação que compreende a proposta ou implantação de soluções.

A pesquisa-ação compreende uma movimentação coletiva em busca de um resultado que irá beneficiar um grupo, e não somente uma busca por uma solução ou interesse individual.

Kemmis e Mc Taggart usam uma definição bastante assertiva, que deixa bastante evidente a amplitude deste método de trabalho:

"Pesquisa-ação é uma forma de investigação baseada em uma autorreflexão coletiva empreendida pelos participantes de um grupo social de maneira a melhorar a racionalidade e a justiça de suas próprias práticas sociais e educacionais, como também o seu entendimento dessas práticas e de situações onde essas práticas acontecem. A abordagem é de uma pesquisa-ação apenas quando ela é colaborativa..." (KEMMIS e MC TAGGART, 1988, p.248)

O resultados desta atividade irão beneficiar não somente os envolvidos em sua construção ou elaboração, mas sim, toda a comunidade direta ou indiretamente ligada aos pesquisadores ou participantes.

Este modelo de pesquisa inclui sete fases que compõem seu desenvolvimento: exploratória, interesse do tema, definição do problema, base teórica, elaboração da proposta, implantação, e avaliação do impacto.

A fase exploratória foi realizada, elencando não somente a unidade básica de atuação, mas sim estabelecendo uma visão macro do município de Antonina, uma vez que a ação dos agentes comunitários de saúde precisa ser direcionada e estabelecida de forma a atender toda a comunidade.

Na implantação deste plano de intervenção serão utilizados como objeto duas unidades de saúde em área rural: comunidade Cachoeira e comunidade Bairro Alto.

Nessas micro áreas tem-se 87 e 101 famílias respectivamente. O cenário socioeconômico destas comunidades pode ser descrito como comunidades rurais, com economia baseada nas atividades agrícolas.

O interesse do tema foi levantado devido sua aplicabilidade ser em benefício tanto da equipe envolvida, como todos usuários da comunidade em questão. Desta forma, a definição do problema mostrou ter grande relevância para o município como um todo, e ao mesmo tempo, é de total governabilidade uma vez que sua discussão está sendo realizada com toda equipe multidisciplinar, que pode atuar diretamente com os agentes comunitários nas micro áreas em estudo – Cachoeira e Bairro Alto.

A base teórica será desenvolvida para servir como estrutura e fonte de dados, sustentando o plano de intervenção, e reiterando sua necessidade ou aplicabilidade. Após, a elaboração da proposta irá apresentar o olhar intervencionista, e definir o caminho a ser seguido, uma receita para implantação do plano, que nada mais é, do que o passo seguinte.

Após a implantação, a avaliação do impacto irá analisar os resultados, e medi-los a curto, médio, e longo prazo.

Para iniciar as atividades de construção do plano de intervenção, alguns procedimentos e estratégias precisam ser definidos, estes funcionarão como instrumentos na execução do plano. Durante as atividades supracitadas, os meios de coletas de dados, as fontes de informações, e a tabulação deste material precisam ser determinados para que seu uso seja fidedigno com a realidade, e para que tenham utilidade na elaboração do planejamento. Da mesma forma, é preciso ter delineado o que fazer com cada informação levantada, interpretá-las de forma que tragam resultados positivos aos objetivos.

A opinião da comunidade, o olhar do usuário, são fundamentais para que o projeto tenha sucesso. Afinal, os resultados esperados serão para benefício da população.

Para responder este questionamento que muito influencia no planejamento, durante a triagem de atendimento nas unidades de saúde da comunidade Cachoeira e Bairro Alto, os profissionais de enfermagem questionaram, num período de um mês, quais eram as expectativas dos pacientes – ou acompanhantes – em relação aos agentes comunitários. Porém, o objetivo principal era identificar a presença de idosos acamados, sem deixar de apreciar a expectativa da população na atuação dos ACS – possibilitando novos projetos com esta informação.

Na presença do usuário na UBS, o cadastro familiar era atualizado também no intuito de verificar se o cadastro das fichas dos ACS estava atualizado, e auxiliando assim, na identificação de possíveis idosos acamados. O profissional munido da informação apresentada pelo paciente faz uma anotação em um formulário criado unicamente para essa finalidade. O formulário não foi entregue aos usuários para preenchimento devido ao grande índice de analfabetismo da região, o que poderia causar constrangimento ao paciente, além de perder o foco da pesquisa com possíveis usos para fins de reclamações – o que é apurado por outros setores como ouvidoria. O profissional de enfermagem ou de recepção fazia o questionamento, e preenchia mediante a presença do usuário. Segue o modelo utilizado.

Fala aí Comunidade!

Participe do planejamento das novas atividades dos **Agentes Comunitários de Saúde!**

Para isso, responda:

Em sua residência existem idosos acamados? S() N()
 O que você espera dos Agentes Comunitários de Saúde?

Agradecemos sua colaboração!

Pesquisa de Opinião

FIGURA 1 – FORMULÁRIO DE PESQUISA

Os recursos necessários para a intervenção representam maior emprego de tempo e disposição da equipe multidisciplinar, do que recursos financeiros. Isto se deve ao fato de que o município já conta com o capital humano para executar as atividades, mas precisa que estas sejam planejadas para que comecem trazer o resultado esperado. Nas fases de elaboração da proposta, pode ser recomendada a ampliação do número de ACS devido ao quantitativo já citado na introdução desta pesquisa, mas somente a título de contribuição na gestão, uma vez que para as

comunidades em estudo o quantitativo de ACS atende ao preconizado pelo PNAB, e pela governabilidade desta ação ser gestão do município.

O plano de intervenção tem como objetivo principal o planejamento das ações dos ACS na atuação – busca ativa- de idosos acamados, e isto envolve todo um levantamento das necessidades das comunidades em estudo, da situação atual dos profissionais, em que áreas estão atuando e se precisam ser redefinidas; é preciso definir um procedimento padrão, que respeite as atribuições da classe estabelecidas pela PNAB, e para isto, um cronograma de atividades foi estabelecido para direcionar a construção da Intervenção:

ATIVIDADE	OBJETIVO	PARTICIPANTES
Reunião inicial	Avaliar situação atual dos ACS	Enfermeiros das unidades e ACS
Reunião com coordenação de enfermagem	Reunir dados das unidades para priorizar necessidades	Coordenação do plano e coordenação de enfermagem
Reunião com ACS	Identificar capital humano	Coordenação do plano e ACS
Levantamento de dados e pesquisa	Identificar estatísticas que possam gerar demandas	Coordenação do plano
Reunião com Equipe Multidisciplinar	Levantamento de demandas	Coordenação do plano, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas, médicos, e demais profissionais de saúde atuantes nas unidades.
Planejamento de busca ativa	Mapeamento	Coordenação do plano, enfermeiras e ACS
Análise das informações	Atualização dos dados das unidades	Coordenação do plano, enfermeiros, ACS
Definição das metas e atividades	Definir um procedimento padrão de atuação do ACS	Coordenação do plano e enfermeiros
Treinamento	Treinar os ACS para que o procedimento seja absorvido por todos os profissionais.	Enfermeiros das unidades e ACS
Avaliação de curto prazo	Avaliar o primeiro mês de atuação dos profissionais	Coordenação do plano, enfermeiros, comunidade.
Avaliação de rotina	Definir rotina de avaliação dos profissionais	Coordenação do plano, enfermeiros.

TABELA 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PI.

Assim que concluídas as cinco primeiras atividades, foi possível unir os profissionais envolvidos nas unidades para levantar as demandas já existentes,

rotinas de visitas, e demais atividades para que a implantação deste plano não viesse a criar impactos negativos em outras atividades já estabelecidas.

Ambas unidades possuem um agente comunitário cada, trabalhando em horário integral, sendo as duas últimas horas diárias utilizadas para atividades internas. Como a rotina de campo já existe, apenas ficou definido que, até que toda área fosse coberta pelas visitas para atualização das fichas, a rotina deveria permanecer a mesma em ambas unidades.

A busca ativa consiste em uma força tarefa para localizar os pacientes idosos acamados das duas comunidades em estudo. As fichas cadastrais das famílias devem ser atualizadas, e como o número de famílias não é tão extenso, esta etapa não deve ultrapassar um mês. Durante a busca ativa é importante atualizar toda a situação familiar, e não apenas a informação de acamados para que o resultado atingido seja mais positivo para o município.

Neste dimensionamento o Plano terá as informações dos agentes, dos profissionais da área, e em paralelo, da comunidade que também estará participando através do questionário proposto na Imagem 1.

Unidas todas as informações, as ações seguintes podem ser definidas respeitando cronograma proposto na tabela 1. Foram levados em conta os indicadores, parâmetros utilizados para determinar as atividades, a finalidade de cada ação, e o impacto que podem trazer para os objetivos do plano, definidos os momentos de sua realização, enfim, determinados todos os passos.

Com a execução do plano de intervenção, e tendo seus resultados observados como positivo após o primeiro semestre de implantação, será possível a criação de um manual, a ser seguido por todas as unidades do município, assim como, servir como acervo educacional em plataformas de recursos educacionais abertos como a REA UFPR, escolhida para divulgação do material.

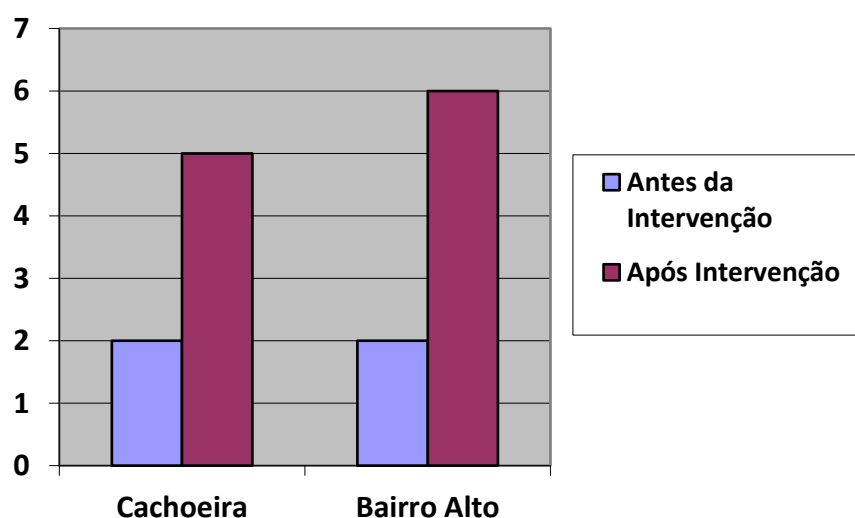
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O plano foi implementado nas duas unidades de maneira simultânea e durante as etapas iniciais foi possível observar alguns dados importantes.

A comunidade Cachoeira possui 87 famílias. No Bairro alto tem-se 101 famílias cadastradas. Ambas unidades de saúde possuem equipe completa atuando conforme agenda semanal. Possui um ACS atendendo em cada uma delas, e a dificuldade para manter o cadastro atualizado se dá devido a distância entre residências – chácaras. Estes quantitativos foram alcançados através da busca ativa orientada, consolidando como resultado, em 28 dias, a atualização dos cadastros das unidades, e as informações chave que o plano demandava para ter sua continuidade assegurada.

Com a busca ativa realizada para atualizar o cadastro, foram identificados cinco idosos acamados na comunidade Cachoeira, sendo dois já em atendimento e identificados. Na comunidade Bairro Alto foram apontados seis idosos acamados, sendo dois já cadastrados e na rotina de atendimento também. Isso reflete de imediato um aumento na demanda de atendimento já que o quantitativo de acamados nas comunidades era menor como observado no gráfico abaixo.

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE ACAMADOS IDENTIFICADOS ATRAVÉS DE BUSCA ATIVA



FONTE: Glauciely Costalonga Mouta (2019)

Esta informação aponta o primeiro resultado de sucesso do plano de intervenção, uma vez que representa maior alcance das necessidades das comunidades. Comprova a importância da aproximação do agente comunitário de sua microárea.

Com o novo cenário envolvendo as quase 190 famílias que compõem as duas comunidades foi possível reestruturar a rotina de visitas para atendimento de todos acamados.

Os três novos acamados cadastrados na comunidade Cachoeira e os quatro identificados no Bairro Alto receberam a primeira visita domiciliar com a presença de enfermeira, ACS e médica. Foi possível avaliar a situação e dar início ao acompanhamento dos pacientes.

As visitas ocorrem semanalmente, com dois dias da semana reservados em período previamente agendado (manhã/tarde).

O treinamento dos ACS teve sua fase teórica ministrada em cada uma das unidades e como fase prática foi utilizada a primeira visita a cada acamado. Durante a visita foram orientados quanto às informações que devem estar atentos, para compor a contribuição durante a visita. Ao retornar às unidades as informações são atualizadas nas fichas, e um relatório é entregue à enfermeira para análise e possível tomada de ações caso necessário.

O plano já passou pela primeira avaliação – de curto prazo – e sua implantação alcançou alguns resultados significativos:

- Aumento da capacidade de atendimento das unidades;
- Possibilidade de reabilitação de um paciente acamado;
- Melhoria da qualidade de vida, tanto do paciente como dos familiares através da orientação quanto aos cuidados;
- Melhor aproveitamento da capacidade de trabalho da unidade;
- Impulso na gestão municipal de utilizar o modelo para novos trabalhos;
- Maior aproximação dos ACS das ações da unidade por estímulo dos próprios resultados.
- Maior satisfação das comunidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As comunidades e suas unidades básicas de saúde, no início deste plano de intervenção, atuavam com algumas limitações, seja por falta de planejamento, por dificuldades de aproveitamento do pessoal.

Cerca de um mês após a implantação do plano já é possível dizer que tanto o objetivo geral foi alcançado, como os objetivos específicos estão em pleno desenvolvimento, já mostrando resultados importantíssimos para a população de ambas comunidades.

O planejamento das ações, juntamente com a definição de novas abordagens para a busca ativa, a criação de metas para conquistar o real dimensionamento populacional, tudo contribuiu para o aumento da base de informações das unidades, proporcionando melhor visão dos pontos frágeis da comunidade, e facilitando a identificação de pacientes idosos acamados, alto deste plano de intervenção.

Com a identificação de mais pacientes a procura emergencial na unidade de saúde, solicitando atendimento urgente, ou transporte para o hospital municipal diminuíram. Isto reflete diretamente o aumento da qualidade da visita domiciliar, pois uma vez que o atendimento é planejado consegue sanar as necessidades do paciente, além de permitir um dos objetivos específicos deste estudo: a substituição da emergência pela prevenção.

O paciente quando acompanhado de maneira eficaz representa menor chances de agravamentos ou emergências. Diminui a procura de urgência e significa que o tratamento está sendo bem aproveitado. Em alguns casos, a possibilidade de reabilitação é totalmente possível diante da atuação da equipe multidisciplinar, com ações de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas.

Os agentes comunitários exerceram papel fundamental para o sucesso da intervenção, aproveitando ao máximo o treinamento, ouvindo a população que participou através da pesquisa, e mostrando melhora no rendimento. As informações deixaram de ser um amontoado de dados aleatórios para transformar-se em fomento para as ações do plano. Informações pontuais e fidedignas que refletiram exatamente o que cada uma das comunidades necessitava. Neste ponto mais um objetivo alcançado com a equipe engajada e em prol de melhorias contínuas.

O plano de maneira geral está consolidado, mas depende da continuidade dos trabalhos, seja dos agentes como do restante da equipe multidisciplinar, para

continuar avançando. A falta de profissionais ou não conformidades com relação ao planejamento podem representar retrocesso, e por isso, a gestão do plano deve ser contínua.

O município e seus gestores receberam de maneira positiva o plano, e por possuírem outras unidades em áreas rurais com situações similares, pode vir a implementar o planejamento em outras UBS.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Rio de Janeiro, PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Auto-avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade – Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2016. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 29 mai. 2019.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2018. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 29 mai. 2019.

KEMMIS e MC TAGGART, 1988, apud Elia e Sampaio, 2001, p.248

LIMA, Ariane Netto de; SILVA, Lucía; BOUSSO, Regina Szyllit. A Visita Domiciliária Realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a Ótica de Adultos e Idosos. 2010. 9 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Usp, São Paulo, 2010.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 1 Junho 2019], pp. 1637-1646. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ; (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ; (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria No 648/GM de 28 de março de 2006: aprova a Política Nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2006.