

VISITA AO LAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

*Ana Oscarina Romão Silva¹
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto²
Tiago José Silveira Teófilo³*

Resumo - A estratégia saúde da família vem se consolidando pelo cuidado em saúde nas unidades de saúde, lares e espaços comunitários. Contudo a descentralização desses serviços pode gerar fatores facilitadores e dificuldades ao ACS. Assim, o estudo objetivou descrever as práticas dos ACS durante a visita ao lar e identificar suas dificuldades e facilidades vivenciadas durante as visitas às famílias. A pesquisa é do tipo exploratório-descritiva, sob abordagem qualitativa, realizada no município de Marco - Ceará, no território da ESF do Triângulo do Marco, com sete ACS, no período de junho a outubro de 2008. As técnicas para coleta das informações foram o questionário e a entrevista semi-estruturada, sendo sistematizadas em categorias analíticas. Os discursos mostram que pela quantidade de atividades realizadas não é fácil vivenciar uma relação de intimidade com as famílias. Quanto às facilidades, a visita é valorizada como meio de busca do direito à assistência à saúde. Nas dificuldades, observa-se que os sujeitos sentem-se desvalorizados, apresentam dificuldade de encontrar os sujeitos no lar e a não participação destas nos cuidados de saúde promovidos.

¹ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Marco - Ceará. Especialista em Saúde da Família.

² Enfermeiro Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Doutor em Ciências, Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA. Secretário da Saúde de Cariré - Ceará. Doutorando em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo. E-mail: rosemironeto@gmail.com.

³ Enfermeiro do Hospital Municipal de Marco - Ceará. Mestre em Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Trabalho; Prática Profissional; Visita Domiciliar.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge no Brasil, a partir da necessidade de organizar o sistema de saúde e de contribuir com a mudança no modelo de atenção à saúde, ainda médico-centrado e hospitalocêntrico, assim como, universalizar a Atenção Primária à Saúde (APS).

A ESF, após mais de uma década de implantação, vem se consolidando em todo o território nacional como principal responsável pela organização da APS. Dentre os desafios enfrentados pela ESF destaca-se além da ampliação do acesso às ações de saúde, a necessidade de dar de forma concreta uma concepção ampla de saúde e aos ideais de integralidade da atenção, promoção da saúde, enfoque familiar, desenvolvimento de corresponsabilidade, humanização da assistência, e formação de vínculo entre profissionais e população territorializada. Para dar corpo a esse novo modelo, entre as várias ações em execução encontram-se as práticas sistematizadas das visitas aos lares realizadas pelos membros da equipe de saúde da família.

Portanto, cabe a todos da equipe praticar o cuidado em saúde da população adscrita, tanto no âmbito dos serviços nas unidades de saúde, como nos lares e demais espaços comunitários (MANDÚ *et al*, 2008). Entre os membros desta equipe encontra-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional *sui generis* com identidade comunitária que tem como principal atribuição ser mediador/elo entre equipe da saúde e comunidade (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Embora as visitas não sejam uma prática nova no âmbito da saúde pública brasileira, nos últimos anos, elas apresentam objetivos mais amplos e se tornaram bastante complexas. Na segunda década do século passado, a visita voltava-se para o cuidado ao doente e aos fatores relacionados com a sua doença, sem preocupação com a família, enquanto grupo social. Na proposta da ESF, a visita deve se articular aos desafios que se colocam para este, tendo as famílias, em seu contexto sociocultural de vida, como unidade central da atenção, abarcando suas diversas necessidades (VILASBÔAS, 1999).

As visitas são as atividades externas à unidade de saúde mais realizadas pela equipe, principalmente pelo ACS. Essas compreendem uma possibilidade de incorporação das tecnologias de cuidado. Ser o ACS o profissional que mais realiza visita aos lares é justificado pelo fato de ser ele o responsável pelo elo entre a equipe de saúde e a comunidade (SAKATA *et al.*, 2007).

Os profissionais de saúde são sujeitos importantes no processo de mudança do sistema quando se tornam atores sociais com vontade

de transformação e assumem responsabilidades pela vida do outro, quanto são capazes de provocar mudanças nos espaços micropolíticos de atuação (MERHY, 1994). Dessa forma, acredita-se ser necessário compreender o processo de trabalho do ACS na visita aos lares de acordo com seus próprios discursos. Ocorre que ao acompanhar o trabalho destes profissionais, com desígnios de contribuir com sua prática, essa pesquisa objetiva descrever as práticas dos ACS durante a visita ao lar e identificar suas dificuldades e facilidades vivenciadas durante as visitas às famílias.

2 SUJEITOS E MÉTODOS

A pesquisa é do tipo exploratório-descritiva, sob abordagem qualitativa. Optou-se por esse tipo de pesquisa, por melhor descrever o fenômeno da visita ao lar no processo de trabalho dos ACS no território da ESF.

A pesquisa foi realizada no município de Marco - Ceará, no território da ESF do Triângulo do Marco. Este município passou por um processo de reforma sanitária em torno de uma década. Antes da implantação das equipes da ESF, o modelo de atenção à saúde era centrado na atenção médico-hospitalar e na prática curativa. Hoje, o Município vivencia um novo modelo, em que a ESF é a base organizativa da atenção à saúde de forma a promover a saúde aos usuários em sua integralidade.

Quanto ao território do estudo, este possui 889 famílias cadastradas e acompanhadas pela equipe; um CSF, com uma equipe da ESF, composta por uma enfermeira, um médico, duas auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico em higiene dental, um auxiliar de serviços gerais, um vigilante noturno, um motorista e sete ACS.

O território da ESF do Triângulo do Marco possui sete ACS. Os sujeitos da pesquisa foram os ACS que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estão atuando como ACS há pelo menos um ano, tempo suficiente para o reconhecimento do território e desenvolvimento efetivo de seu processo de trabalho.

Os sujeitos do estudo são funcionários públicos, sendo todos do sexo feminino, com idade entre 32 e 55 anos. Quanto ao estado civil à maioria é casada ou tem companheiro fixo, apenas duas são solteiras. A renda mensal líquida informada varia de R\$ 415,00 a 574,00. Quanto à escolaridade, todas possuem o ensino médio completo.

O período do estudo compreendeu os meses de junho a outubro de 2008. As técnicas para coleta das informações foram o questionário e a entrevista semi-estruturada. O questionário compreendeu os aspectos relacionados ao perfil sócio-econômico e educacional dos ACS. Já a entrevista semi-estruturada foi utilizada para a coleta dos dados acerca das práticas dos ACS sobre visita ao lar, além das facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da mesma.

A gravação das entrevistas feitas a partir de roteiro próprio, quando autorizada pelos participantes, deu-se com uso do instrumento eletrônico, um gravador, para coletar todas as informações proferidas pelos sujeitos da pesquisa. Em alguns casos, a transcrição manual das informações foi o método utilizado, quando os sujeitos recusaram a gravação.

Vale ressaltar que, antes de entrar em campo com os instrumentos e técnicas, fez-se um pré-teste com um ACS, para avaliar se as questões estavam bem compreendidas e de fácil resposta. Dessa forma, a entrevista foi reformulada de modo a proporcionar um melhor entendimento pelos participantes.

Os resultados foram sistematizados e analisados em categorias e interpretados com base na literatura pertinente. Quanto às categorias utilizou-se o referencial de Minayo (2009), que sugere sua utilização para o estabelecimento de classificações, agrupando elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Nessa perspectiva, as categorias abstraídas dos discursos sujeitos foram: Práticas desenvolvidas durante a visita ao lar; Facilidades para o desenvolvimento da visita ao lar; e, Dificuldades vivenciadas no desenvolvimento da visita ao lar.

Para preservação da identidade e integridade dos sujeitos, os nomes dos agentes foram substituídos pela sigla ACS acompanhados de um numeral arábico. Os sujeitos que compuseram o estudo tiveram direito à privacidade e à individualidade. Direito que será respeitado

com base na Resolução N°. 196/1996 de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que enfatiza os compromissos éticos para com os sujeitos da pesquisa, seja individual ou coletivamente, respeitando os princípios da beneficência, autonomia, não maleficência e justiça (BRASIL, 2000). O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo aprovado sob o N° 681.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Categorias

Embora a terminologia nacionalmente conhecida seja a visita domiciliar, utilizou-se o termo lar nesse estudo, porque o mesmo propicia maior acolhimento, construção de vínculo e desenvolvimento do processo de cuidar holístico e humanizado (XIMENES NETO *et al*, 2012). A seguir a apresentação das categorias abstraídas dos discursos dos sujeitos.

3.1.1 Práticas desenvolvidas durante a visita ao lar

Entrego o hipoclorito, peso crianças. Faço reuniões com as famílias, faço orientações sobre higiene, pré-natal, aleitamento materno exclusivo, vacinação, pesagem, puericultura, prevenção do colo de útero. Encaminho hipertensos e diabéticos; gestantes; vacinas; puericultura; RN para fazer o exame do pezinho; suspeitos de dengue; todos os casos para serem avaliados pela equipe (ACS 1).

Peso crianças; Entrego o hipoclorito para as famílias; Oriento sobre a higiene corporal, do lar, dengue, aleitamento materno exclusivo, dieta do hipertenso e diabético, medicação, vacinação, puericultura, prevenção de câncer, pré-natal. Encaminho gestantes, hipertensos e diabéticos para o atendimento da unidade, crianças para a puericultura; imunização, prevenção do câncer, acompanhamento nutricional (ACS 2).

Oriento sobre: o uso do hipoclorito, dengue, higiene, dieta dos hipertensos, importância da puericultura, aleitamento materno exclusivo, cuidados do recém-nascido, pré-natal, prevenção de câncer, SRO, encaminho todos os casos de doenças para serem avaliadas, realizo palestras para a comunidade. Encaminho gestantes, diabéticos, hipertensos; recém-nascidos para fazer o exame do pezinho; mulheres para o planejamento familiar, prevenção de câncer, dentista (ACS 3).

Observa-se nas falas que pela quantidade de atividades realizadas não é fácil vivenciar uma relação com as famílias em sua plenitude, devido ao tempo despendido entre uma visita e outras, e pelo número elevado de famílias que o ACS deve cuidar. Todos os

ACS possuem aproximadamente entre cem e trezentas famílias que precisam visitar (MENEGOLLA; POLLETO; KRAHL, 2003).

Entre essas, há aquelas em que a equipe de saúde família sempre deve priorizar, por terem em seu meio recém-nascido, crianças até dois anos de idade, gestantes, pessoas com diabetes e hipertensão. Há também, pessoas que não apresentam estas particularidades, ou mesmo essas necessidades regularmente e se isso não for cumprido, ocorre cobrança da comunidade e coordenação.

A partir das falas dos profissionais, percebe-se uma ambiguidade na compreensão do significado das visitas domiciliares, quando são identificadas, ora como espaço que promove acompanhamento, ora como espaço apenas de uma espécie de inspeção. Observamos que nenhum dos ACS comentou a importância das visitas no sentido de interagir com as famílias saudáveis em busca da criação de vínculos. Tratou-se o espaço das visitas apenas como momento de vistoria, inspeção e práticas educativas verticais (SAKATA, *et al.* 2007).

3.1.2. Facilidades para o desenvolvimento da visita ao lar

A boa hospitalidade das famílias; O encaminhamento do cliente para a equipe é atendido sem dificuldades; O bom relacionamento com a minha equipe de PSF; Quando debato sobre o tema com a família, esta presta atenção (ACS 1).

[...] o respeito e a atenção que recebo (ACS 2).

A confiança que recebo da família, credibilidade, o apoio dado pela comunidade a mim (ACS 3).

O bom humor das famílias. Ter o carinho e respeito das famílias (ACS 4).

O conhecimento da família. Moro na comunidade, a aceitação do meu trabalho por parte das famílias (ACS 5).

Quando as famílias atendem as orientações dadas, o conhecimento da comunidade sobre o meu trabalho; aceitação das minhas visitas (ACS 6).

No material colhido nas entrevistas, a respeito das facilidades vivenciadas pelos atores do estudo na visita ao lar, ponderamos que esta é vista como positiva. Observamos que são valorizadas principalmente por serem profissionais que levam comunicação acerca de como as pessoas devem realizar suas obrigações de cidadãos, a fim de evitar problemas de saúde futuros.

A visita é realizada, sobretudo pelos ACS sendo estes os trabalhadores que estabelecem mais fortemente o vínculo entre os usuários/famílias e a UBS/equipe, característica valorizada pelos entrevistados (SAKATA, *et al.* 2007).

De outro modo, a visita é valorizada como meio estimulador da busca do direito a assistência à saúde, ainda que este movimento seja provocado via mecanismos de controle aos quais não se elabora uma crítica. Para um bom relacionamento equipe e comunidade é

necessários que tenhamos no contexto geral a soma de todos os depoimentos citados acima para desenvolvimento de um trabalho digno.

Cabe considerar que, por um lado, as visitas são instrumentos de trabalho precisos no cuidado estratégico da saúde das famílias, devendo ser utilizados nas diferentes formas de acompanhamento de seus membros em suas situações peculiares de saúde-doença e nos diferentes momentos de seu ciclo vital (REINALDO, ROCHA, 2002).

3.1.3. Dificuldades vivenciadas no desenvolvimento da visita ao lar

Quando marco uma reunião, pouca gente está presente. Algumas mães não dão a devida importância para a consulta da puericultura do médico. A aceitação do hipoclorito em algumas famílias é difícil. Alguns hipertensos não comparecem a consulta (ACS 1).

A única dificuldade é uma gestante adolescente que esconde a gravidez (ACS 2).

A falta de compreensão de algumas pessoas sobre as orientações dadas (ACS 3).

As pessoas que trabalham e não estão presentes no horário das respectivas visitas (ACS 4).

O mal caminho para realizar o trabalho, devido a muita areia na estrada, algumas famílias não aceitam as orientações recebidas (ACS 5).

As famílias se acomodam nos seus deveres, principalmente os hipertensos (ACS 6).

Quanto às dificuldades relatadas pelas ACS, podemos observar que na maioria das falas elas colocam as famílias como um obstáculo para uma realização positiva de seu trabalho. Essas que deviam ser agentes de seu próprio bem-estar são as próprias responsáveis pela não colaboração nas atividades que estas profissionais desenvolvem para promover qualidade de vida.

As informações/orientações nem sempre são reconhecidas, e percebe-se que mudar hábitos/comportamentos é difícil, pois envolve o âmago das pessoas e muitas delas não aceitam facilmente e às vezes não estão preparados para estas mudanças.

Observamos em algumas falas que é importante que o ACS procure outra forma para cuidar de suas famílias seja em horários fora de suas atividades rotineiras, um terceiro turno ou ao final de semana. Para que essas pessoas não fiquem sem assistência.

A maioria das propostas de saúde pública, que se correlaciona com problemas sociais no Brasil, é enfraquecida pelo próprio Governo, que não investe seriamente nessa área. Muito se fala do assunto, mas as previsões orçamentárias estão sempre muito aquém o mínimo necessário (MENEGOLLA; POLLETO; KRAHL, 2003).

Alguns depoimentos assumem um caráter de desabafo, que podem gerar conflitos pela insatisfação em seu trabalho. As

insatisfações estão vinculadas às condições de trabalho entendidas como a divisão das tarefas, das habilidades para executá-las, bem como as relações de poder e as responsabilidades inerentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o tempo das entrevistas bem como o da atuação da pesquisadora junto as ACS, uma vez que houve uma convivência profissional anterior, foi possível perceber que elas não estão totalmente preparadas e não sabem como proceder, frente a algumas situações. A equipe de saúde da família e os gestores, juntamente com a comunidade, deixam a desejar no desempenho de suas funções e responsabilidades. Há dificuldade de envolvimento efetivo para mudar a realidade em que vivem.

A valorização da saúde está em verdadeiramente iniciar um processo de mudança na forma de "ver" a mesma, buscando aproximar as famílias aos agentes de saúde da comunidade na qual estão inseridos. Dessa forma, haverá maior crescimento de todos, bem como a melhoria da qualidade de saúde e de vida pelo envolvimento, participação e compromisso social que passarão a expressar. Devemos levar em consideração que, no mundo desenvolvido, o princípio do viver está em defender a bandeira de uma vida com qualidade.

Para obter a colaboração da comunidade frente ao cuidado que deve ter consigo mesma, é necessário estabelecer relações de vínculo e

de ajuda através de diálogo, de paciência e muita compreensão para conquistar a sua confiança. Além disso, as ACS precisam de apoio contínuo dos gestores do sistema, bem como dos componentes da equipe de saúde da família. Esse apoio poderá ser oferecido através de uma educação permanente efetiva que oportunize aos agentes, além de receberem as instruções preconizadas pela ESF, criarem seus próprios mecanismos de ação, após discussão e reflexão conjunta com toda a equipe e comunidade.

Assim, mais enfática será a interação ACS/Equipe/Comunidade no respeito ao modo de vida e suas culturas, adequando-os às condições saudáveis de convivência humana e de manutenção efetiva de um estado de saúde pessoal, ambiental e coletivo.

Durante a caminhada investigativa, foi possível observar a força de todos os ACS para não desistir e continuar na luta por um trabalho comprometido com os princípios do SUS. Observamos que a ajuda desses profissionais no sistema de saúde é imprescindível, já que são eles que estão juntos da comunidade e são os maiores conhecedores de seus problemas de saúde, seria interessante que isso fosse reconhecido, para que estes profissionais tivessem um reconhecimento maior tanto dos gestores como da comunidade.

Family Health Strategy home visits from community health agents

Abstract: The family health strategy has been consolidated by health care at health units, nursing homes and communities. However, decentralization of services can generate facilitating factors and difficulties to CHW. Thus, the study aimed to describe the practices of CHW during the home visit and identify their difficulties and facilitators experienced during family's visits. The research is exploratory and descriptive with qualitative approach conducted in the city of Marco - Ceará, in the territory of the FHS of Triângulo do Marco, with seven CHW, from June to October 2008. Techniques for data collection were the questionnaire and semi-structured interview, organized in analytical categories. The speeches show that the number of activities shows that is not easy to experience an intimate relationship with the families. For facilitators, the visit means the seeking for the right of health care. In the difficulties, it is observed that subjects feel undervalued, and have difficulty finding subjects in the home and non-participation in these health care actions.

Keywords: Community Health Workers; Work; Professional Practice; Home Visit.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família - Caderno de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MANDÚ, E. N. T.; GAÍVA, M. A. M.; SILVA, M. A.; SILVA, A. M. N. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. In: **Texto Contexto - Enfermagem**, mar., v. 17, n. 1, p. 131-140, 2008.

MENEGOLLA, V. L.; POLLETO, D. S.; KRAHL, M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. In: **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 81-93, 2003.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C.O. (Organizador.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, p.116-160, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

REINALDO, M. A. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 36-41, 2002.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. In: **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn**, v. 60, n. 6, p. 659-664, dez. 2007.

VILASBÔAS, A. L. O. **Marco referencial e conceitual da atenção básica e saúde da família no Brasil** [Notas preliminares]. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

XIMENES NETO, F. R. G.; CHAVES, M. E.; PONTE, M. A. C.; CUNHA, I. C. K. O. Trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita ao lar da puérpera e recém-nascido. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 12, p. 27-36, 2012.