

VISITA DOMICILIAR: A ATIVIDADE DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

VISIT IN THE HOMES: THE ACTIVITY OF THE COMMUNITY
AGENT OF HEALTH IN THE PROGRAM HEALT OF THE FAMILY

VISITA DOMICILIARIA: LA ACTIVIDAD DEL AGENTE
COMUNITÁRIO DE SALUD EN EL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA

Clície Arrias Fabri*

Maria Angélica Pagliarini Waidman**

“O laço que une a sua família verdadeira não é de sangue, mas de respeito e alegrias pela vida um do outro”. (Richard Bach)

RESUMO: Analisa a abordagem domiciliar executada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) enquanto membro da equipe do Programa Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de análise qualitativa que utilizou como coleta de dados a entrevista semi-estruturada e observação participante. Foram entrevistados vinte e seis ACS do município de Iporã-PR, no período de janeiro de 2001. Os dados foram categorizados e apresentados em forma de unidades temáticas. Concluímos que o ACS tem a responsabilidade de cumprir suas atribuições, informando, orientando e mantendo um relacionamento de envolvimento e compromisso com a família. O desempenho do ACS na visita domiciliar cumpriu o objetivo esperado pelo programa impulsionando a integração do ACS – família, família – Estratégia de Saúde da Família. Observamos também que a abordagem domiciliar demonstrada por eles vem mostrar que estão aptos para a função.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família; Agentes comunitários de saúde; Visitadores domiciliares.

INTRODUÇÃO

Nossa formação recente e muito fundada na qualidade de vida, no lado humanístico e na visão holística do indivíduo deveu-se ao fato de durante a graduação ter docentes ligados firmemente na promoção e prevenção à saúde. Isto nos fez motivar e sustentar uma linha de estudo para com a saúde pública em um âmbito de universalidade e equidade.

Dentro deste retrospecto da nossa graduação enfatizamos ainda que vivenciamos na área da saúde pública grandes inquietações e insatisfação no processo realizado na prática dos setores públicos, principalmente quanto a disposição dos funcionários enraizados nas instituições, isto é, profissionais viciados a atender a população se distanciando dos problemas reais, sem preocupação em solucionar pequenos problemas e em atender bem na alta rotatividade do paciente dentro do serviço básico entre outros.

Recebido em 17/10/02 aceito em 24/03/03

¹ Este trabalho é parte da monografia de especialização desenvolvida para conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá

* Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva, membro da Equipe de Saúde da Família do Município de Iporã.

** Orientadora da pesquisa, enfermeira, Ms. Em Assistência de Enfermagem, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e doutoranda em Filosofia da Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Bolsista do CNPq.

Assim sendo, presenciamos uma transição na saúde pública entre o Sistema Único de Saúde para uma nova estratégia auxiliando assim a reorganização da saúde pública brasileira. Mas bem sabemos que no Brasil as políticas de saúde sempre foram adotadas para a proteção de um modelo econômico vigente, e isto é discutido por Vilaça apud Marques (1999) quando refere que há na história da saúde pública três grandes momentos o sanitarismo/campanhista, o médico assistencial/privatista e o sistema neo-liberal.

O Programa de Saúde da Família (PSF), uma prioridade hoje do Ministério da Saúde faz parte desta reorganização da atenção básica, foi implantado em 1994 inovando um recente programa o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) que foi a etapa transitória para criação do PSF.

O PSF é uma estratégia de assistência à saúde que reorganiza os serviços de atenção básica desafogando os serviços de alta complexidade com medidas de baixo custo, como a educação em saúde e a prevenção de cuidados básicos. Esse programa tem procurado tornar o atendimento mais humanizado, estabelecendo vínculo e compromisso com a população, melhorando os indicadores de saúde e a resolutibilidade, aumentando o acesso aos serviços de saúde e sobre tudo elevando a satisfação da população (Brasil, 2000 b).

Com o atendimento voltado para o paciente em seu ambiente, acredita-se que a busca de ações será melhor avaliada e executada de modo a suprir as necessidades dos mesmos de acordo com suas possibilidades.

Essa nova estratégia do setor saúde, representada pelo Programa de Saúde da Família não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Configura-se uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso (Neto, 2000).

Esta modalidade de atendimento requer uma equipe de profissionais que trabalham em conjunto e ela deve ser constituída de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem em conjunto com quatro ou seis agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe pode assistir de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes, sendo que cada ACS da equipe cobre aproximadamente de 20 a 250 famílias. Os profissionais devem residir no município onde atuam e de preferência na localidade onde desempenham suas atividades quando se trata de ACS, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade (Neto, 2000).

O objetivo geral da estratégia Saúde da Família é de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (Neto, 2000).

O Programa Saúde da Família representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Para tanto, a educação permanente das Equipes de Saúde da Família constitui importante estratégia para desenvolver a reflexão crítica sobre a prática dessas equipes. No entanto, para que haja um processo dialético entre os saberes dos profissionais e os saberes da comunidade, é preciso que o projeto de educação permanente esteja orientado para a transformação do processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores da comunidade. Esta qualificação crescente dos profissionais das equipes irá se refletir na maior qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando-lhe melhores condições de saúde e de qualidade de vida.

O ACS desenvolve na Unidade de Saúde da Família (USF) atividades que contemplam a programação e supervisão de atividades que fazem parte do seu cotidiano. Mas, o seu trabalho realmente é junto aos domicílios de sua área de abrangência. Suas atribuições específicas, de acordo com a determinação do Ministério da Saúde (MS), é principalmente: realizar o mapeamento da sua área de atuação, cadastrar as famílias desta área e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos à situações de risco; desenvolver

ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; realizar visita domiciliar e acompanhar mensalmente todas as famílias sob sua responsabilidade (Neto, 2000).

De todas as atribuições do ACS a de realizar visitas domiciliares é a principal função, e é esta a característica do programa. É nesta visita que se inicia todas as ações desempenhadas pela ESF, é nela que acontece o elo de ligação entre a equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É o elo cultural do ACS com a família que potencializa o trabalho educativo.

De acordo com Marcon (1999), quando trata da visita domiciliar, na maioria das vezes a aceitação e a participação da família estão presentes, e através dela podemos avaliar a família no seu contexto, observar a situação familiar e analisar suas necessidades. Durante a visita domiciliar podemos ter vantagens junto às famílias como por exemplo: observar a situação familiar em ação e possivelmente avaliar os recursos dessa família; reconhecer as condições biopsicosociais da família, de forma a identificar o maior número de elementos ou fatores envolvidos na conservação da saúde e na prevenção de doenças; uma melhor adaptação do planejamento da assistência de acordo com os recursos que a família dispõe; descobrir pela observação a existência de alguns problemas de saúde não referidos pelos membros da família, seja por vergonha ou mesmo por desconhecer a existência do mesmo; observar, no caso de haver doente, a aplicação correta ou não dos ensinamentos feitos referentes a recuperação e promoção da saúde.

Segundo a mesma autora, poderá acontecer as desvantagens ou contra tempo como rejeições por parte da família ou do visitador, a resistência das famílias em aceitar a assistência, lugares de difícil acesso como endereços rurais e urbanos errados, desinteresse do visitador e da família e a falta de tempo dos moradores ou a ausência deles.

A partir de nossa experiência percebemos que na visita domiciliar à família faz um vínculo com o ACS expondo seu problema com mais naturalidade participando com mais interesse das ações de saúde.

Para que isso aconteça é preciso a Equipe de Saúde da Família (ESF) dispor de atividades didáticas que motivam e aproximam o ACS e comunidade. Porque é esta educação em saúde que produzirá um melhor prognóstico quando os dois mundos – o do cliente e do PSF – estiverem integrados.

Os dados e informações resultantes do trabalho dos agentes e das equipes alimentam o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), possibilitando o monitoramento dos indicadores de saúde das populações acompanhadas, caracterizando-se como importante ferramenta para que os gestores adotem medidas em tempo real para o enfrentamento de problemas identificados. É neste ponto a principal função do ACS, ou seja, ele é o observador e o elo de informação entre a equipe e a família

Daí nosso interesse em verificar sua atuação na visita domiciliar para que a partir dos resultados obtidos possamos avaliar a atenção oferecida aos clientes do PSF. Apresentamos então algumas indagações: será que estão sendo adequadas as abordagens do ACS às famílias? Há segurança dos ACS na execução desta função? Durante as visitas domiciliares quais são as dificuldades mais comuns que enfrentam?

A partir destas questões tentamos desenvolver uma pesquisa que procurasse responder nossas inquietações enquanto profissional e aluna do Curso de Especialização em Saúde Coletiva e assim poder melhorar as condições de trabalho da Equipe de Saúde da Família da qual fazemos parte.

Assim sendo este trabalho tem por objetivos verificar como é executada a abordagem dos Agentes Comunitários de Saúde junto as famílias no Programa Saúde da Família; observar a abordagem feita pelos Agentes Comunitários de Saúde e fazer um paralelo entre a observação e os relatos descritos pelos mesmos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo que utilizou a observação participante e a entrevista como instrumento de coleta de dados.

Schwartz e Schwartz apud Minayo (1996), definem a "observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural colhe dados". Podemos notar que essa estratégia juntamente com a entrevista é essencial para a demonstração da realidade, tornando esta pesquisa mais valiosa.

O campo de pesquisa eleito para este trabalho foi a cidade de Iporã – PR. O Município de Iporã está localizado na região Noroeste do Paraná – 3º Planalto Paranaense, sua área é de 555 Km², e uma população de 16.444 habitantes.

Dispõe para operacionalização do sistema de saúde, 01 Centro de Saúde e 02 Mini Postos de Saúde, localizados na sede do Município e 02 Mini Postos de Saúde nos Distritos. O serviço dispõe ainda de 05 equipes Saúde da Família com 30 ACS.

Para esta pesquisa determinamos apenas um critério para a definição dos sujeitos, fez-se necessário estar trabalhando como ACS no município, tanto nas áreas rurais como na área urbana, no período de coleta de dados da pesquisa, qual seja, janeiro de 2001.

Foram sujeitos desta pesquisa 26 ACS, sendo que o Município possui 30, e 4 foram excluídos por não estarem cumprindo o critério descrito acima.

Vale ressaltar que levamos em consideração os princípios éticos necessários sendo respeitadas a Portaria 196/96 do MS. Para resguardar o anonimato dos participantes foram atribuídos letras ao nome dos entrevistados.

A coleta dos dados se realizou em duas fases. A primeira constou de pelo menos uma observação da visita domiciliar realizada pelo ACS à família que faz parte de sua área de abrangência. Essa visita não tinha tempo predeterminado. Apesar do ACS ter sido comunicado sobre a pesquisa ele não era avisado com antecedência sobre o dia que ele seria observado, para que isso não interferisse na sua atuação, pois acreditávamos que marcar a data com antecedência poderia deixá-lo nervoso e com expectativa excessiva. Vale ressaltar que durante a visita participamos ativamente, inclusive respondendo questões e orientando quando necessário.

As anotações sobre as observações foram registradas em um diário de campo e notas do pesquisador para posteriormente ajudar na discussão dos resultados.

As observações se deram guiadas por uma lista com itens a serem seguidos para facilitar a análise comparativa das respostas dos ACS com a observação realizada. Sua composição era: postura, observação aos problemas das famílias, capacidade, informação, segurança, motivação, relacionamento, criatividade, responsabilidade e dificuldades.

No item postura foi observado a forma de comunicar-se, expressão de sentimentos, expressão facial, educação, respeito e inibição;

- em capacidade – esclarecimento de dúvidas, competência de informar e/ou orientar, eficiência no trabalho desenvolvido;
- em segurança – a confiança nas respostas, diálogo claro e conciso, firmeza nas orientações e/ou atividades;
- relacionamento – foi observado a compreensão, o envolvimento, a empatia e comprometimento com a família;
- responsabilidade – o compromisso, afinidade com o serviço e desempenho das funções;
- observação aos problemas – identificou a percepção do ACS aos risco da família e a resolução dos problemas;

- informação – observou-se a forma com que é repassado o conhecimento e a preocupação com a compreensão da família, se é claro e/ou explica com compassadamente o conhecimento;
- motivação – a iniciativa, o interesse, a dedicação, a disposição ou a acomodação;
- criatividade – a forma com que resolve os problemas, o interesse em criar maneira para dar soluções ou realizar atividades;
- dificuldade – observou-se a dificuldade de se comunicar, posicionar, informar, orientar ou seja relacionar e se envolver.

Na Segunda etapa foi realizada uma entrevista individual com cada um dos ACS quando, de posse de um roteiro de perguntas, direcionamos a entrevista. As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes com as respectivas autorizações dos entrevistados.

Durante as gravações das entrevista houve a perda de três respostas, entre duas entrevistas, mas nada que comprometesse o andamento da pesquisa.

A entrevista foi realizada individualmente e em ambiente restrito para que nada pudesse atrapalhar o discurso dos entrevistados e o andamento da pesquisa.

A entrevista se compunha de três questões:

- 1) Como você se sente ao fazer as visitas domiciliares?
- 2) Quais são as dificuldades que você encontra ao realizar as visitas domiciliares?
- 3) Qual(is) são os objetivo(s) da(s) visitas domiciliares?

O método de Análise de Conteúdo foi utilizado para favorecer a sistematização do trabalho de análise de dados, foi desenvolvido em etapas, consoantes aos objetivos do estudo. Esse método, segundo Rodrigues; Leopardi, (1999), é importante pois contempla a particularização dos componentes de um estudo, assim como o conforto entre as partes. É susceptível de ser amoldável em estilo e qualidade, conforme finalidade e circunstâncias requeridas pelo estudo.

As duas autoras referem ainda que o método de análise de conteúdo dentro da pesquisa qualitativa é um meio inovador principalmente para os estudos da área da enfermagem, pois proporciona ao pesquisador obter informações e caracterizá-las formando assim significados e também associar características sociopsicológicas e culturais para serem analisadas paralelamente.

Portanto, ao obter as respostas dos sujeitos nas entrevistas, estas foram comparadas com a observação feita pela pesquisadora durante as visitas domiciliares.

APRESENTANDO AS CATEGORIAS

Para que a análise dos dados fosse interpretada com uma melhor qualidade formamos significados com base na realidade vivenciada pelos entrevistados.

Para tanto, foram caracterizados cada expressão por eles mencionadas afim de perceber, compreender e entender a relação, função, atitude e objetivo dos ACS junto a comunidade onde atuam.

As categorias encontradas estão abaixo relacionadas:

1. A relação entre acs e família.
2. A responsabilidade dos agentes comunitários de saúde para com a sua comunidade.
3. A observação do acs em informar, encontrar e/ou solucionar problemas vivenciados pela família visitada.
4. O desempenho do ACS nas visitas domiciliares.
5. O Sistema Único de Saúde frente ao programa saúde da família na percepção do ACS.
6. As dificuldade dos ACS no acesso às famílias.
7. O ACS e a segurança desprendida nas situações de risco.

Porém este artigo descreverá e discutirá apenas as quatro primeiras.

INTERPRETANDO E DISCUTINDO AS CATEGORIAS

Dividido nestas categorias os relatos dos ACS vêm mostrar sua atuação com as famílias, seu comportamento e seu relacionamento, onde são envolvidos de conversas, expressões, gestos, sentimentos e ações demonstrando aí o elo entre a família e a equipe.

A relação interpessoal é um dos itens importantes para a sobrevivência do ser humano. Stefanelli (1993) coloca que o relacionamento interpessoal é um processo de ação recíproca entre duas ou mais pessoas, e Travelbee (1979) vem complementar dizendo que a comunicação é um meio onde o ser humano sai de si para encontrar-se com o outro e que a Enfermagem é um processo interpessoal onde um precisa de ajuda e o outro, o Enfermeiro, oferece ajuda.

A partir das falas destas autoras percebemos a importância da relação interpessoal para profissionais da área de saúde, e principalmente pelos ACS como é o caso deste estudo, já que sua função está diretamente ligada a sua atividade. Por isso este tema foi ponto destacante nas categorias relatadas pelos entrevistados.

A RELAÇÃO ENTRE ACS E FAMÍLIA.

A convivência de estar sempre na mesma rua, no mesmo bairro, nas mesmas festas, reuniões, este mesmo ambiente de convívio entre o ACS e as famílias que os visitam é propício não só para um bom conhecimento de sua área mas, também, para o relacionamento entre eles. O agente reage a esta situação com envolvimento e mesmo isso não sendo imposto é considerado pela família de forma natural e isto é destacado pelos entrevistados.

A conquista da confiança e a amizade se fazem presente nas frases, sendo que cada ACS sente, de maneira diferente, de que forma ele é aceito e mantém o relacionamento com os membros da família seja pela sua postura ou confiança em revelar e solucionar os problemas, afinidade ou simplesmente a vontade da família em tê-lo na sua casa.

"... é um relacionamento e tanto, é uma troca eu saio mas eu levo alguma coisa e tenho certeza que estou deixando alguma coisa..." E_C

"... fui pesar o filho da mulher e disse que era a última pesagem, não sei se volto o ano que vem, então ela disse espera que eu vou te trazer um pote de doce, me trouxe um vidro cheio de doce de leite..." L_V

Segundo Stefanelli (1993), a comunicação desperta o sentimento de confiança o que permite a pessoa experimentar a sensação de segurança e satisfação. Observando os relatos abaixo percebemos um relacionamento contínuo entre ACS e família tendo como resultado a conquistas desta confiança.

"... tem pessoas que nunca tinham me dado um sorriso é muito gratificante você vê isso agora ... hoje você vai lá te abraça, te cumprimenta na rua, acho muito importante o relacionamento, confia no que você fala e vê a sua importância..." J_C

"... procuro ter um relacionamento de amizade ... conquistar a confiança ... se você for frio ser só profissional, ... as pessoas não vão se envolver com você e ela não vai contar os problemas para você." T_S

"O saber ouvir", de acordo com Stefanelli (1993), é uma comunicação que tem o propósito de compreender o outro e também de ser compreendido. O ouvir é um processo ativo que requer muita energia e esforço de concentração de atenção, pois ao ouvir você é um participante ativo no processo de comunicação. Nas frases abaixo observamos que o ACS se dispõe a ouvir a família e assim conquistá-la aos poucos.

"... eu me sinto a vontade, eu chego e converso com as pessoas eu sou bem aberta para ouvir... é bem agradável, é um relacionamento aberto." C_O

"... ter uma pessoa para ouvir ... às vezes a família não tem tempo, então ela tem depositado confiança em mim ... " A_C

A comunicação é um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvida, a curto, médio ou longo prazo. Portanto por meio da comunicação vivenciada pelas partes que podemos definir metas e objetivos para ajudar as pessoas sentirem-se capazes de encontrar soluções para seus problemas, contribuir para a sociedade em que vive e aceitar desses o que é necessário para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde física e mental.

A frase exemplifica que a comunicação verbal é uma função fundamental para a abordagem, pois a necessidade é evidente como obsevou-se durante a visita com C_o.

"... tem casa que eu chego e sou tão bem vinda que eu almoço ou tomo café ... eles necessitam de alguém para conversar ..." C_o

O relacionamento é o ato ou efeito de relacionar, capacidade em maior ou menor grau, de relacionar-se, conviver ou comunicar-se com seus semelhantes, ligação de amizade, afetiva, profissional. Condicionado com uma série de atitudes recíprocas (Ferreira, 1999). Observamos que os entrevistados convivem nas ações por eles desempenhadas durante as visitas às famílias.

O ACS cria condições favoráveis para o bom relacionamento e atendimento às necessidades da família que estão ao seu alcance, e isto segundo Nery; Vanzin (1998) "visa a boa qualidade de vida tendo com resultante a saúde"

"eu acho que para o agente comunitário é difícil resolver um problema de um dia para outro. Para resolver a pessoa tem confiar em você ... é pouca as famílias que você não se envolve para mim se envolver é um objetivo..." A_c

" Conforme eles vão pegando amizade com a gente eles vão passando os problemas que eles tem até dentro da família os problemas pessoais, parece que eles desabafam, eu sinto que eles gostam, gostam que a gente visitam eles, eu acho que se algum dia terminar, parar esse trabalho eles vão sentir muita falta..." M_i

Quanto a observação realizada alguns ACS demonstraram congruência com sua fala porém outros não. Por exemplo, na observação E_v – fala destacada abaixo – demonstrou afinidade e respeito com a família, pelo fato de sua área ser um setor rural, ele sabe ser prestativo e com isso ganha confiança da família, é determinado e observador.

"... converso com todos eles, toda vez que eu chego lá nunca é perguntando, sempre começo com qualquer outro assunto que jeito que tá a roça, a família, tenho uma afinidade, uma amizade ... hoje em dia você entra pela porta da sala, da cozinha, conversa com todo mundo, tem vezes que até ajudo, uma vez ajudei a arrumar a cerca, a vaca a criar ... então você vai ajudando ... adquirindo confiança." E_v

Há dificuldades bem lembradas pelos agentes durante a entrevista como relata as frases destacadas.

"... tem aquelas que acolhe a gente bem ... tem outras que atende lá no portão fica lá e desfaz da gente você fica meio chateada em compensação tem outras que te chama para dentro e conversa te dá atenção..." C_i

"... ah no começo a minha dificuldade eu acho que a de todo mundo foi de fazer amizade com a pessoa, foi o mais difícil eu quis até desistir, mas depois com jeitinho eu consegui." A_c

A_c encontrou dificuldades como a maioria dos ACS no início do trabalho, seu jeito tímido e inseguro comprometeu o seu desempenho no começo mas, sua vontade e tranquilidade a fez superar.

"... Conversar com a pessoa porque eles se sente muito sozinho, sempre começa pela saúde e depois eles começam a contar casos para gente, se for para ouvir tudo a gente fica muito tempo na casa deles, eles valorizam o que a gente faz e eu me sinto valorizado por eles porque tem uns que não valorizam." G_v

G_v na observação mostrou conhecer todos da sua comunidade chamando todos pelo nome, a confiança e a sua responsabilidade com a comunidade é evidente. Carismático consegue conquistar a todos.

A RESPONSABILIDADE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA COM A SUA COMUNIDADE

O ACS executa suas atribuições conforme foram capacitados, mas sua responsabilidade vai muito além do que cumprir ações em saúde.

Ao se comprometer com uma família o agente se sente obrigado ou mesmo responsável pelo seu desempenho, pois tem a finalidade de acompanhar a situação de saúde das famílias, principalmente aquelas que estão expostas em situações de riscos bem como transferir à equipe as necessidades de sua comunidade, além de ser o membro da equipe que funciona como elo de ligação permanente entre as famílias, a comunidade em geral com a própria ESF.

Segundo Ferreira (1999), responsabilidade é qualidade ou condições de responsável, situação de um agente consciente com relação aos atos que pratica voluntariamente.

Algumas atitudes que são praticadas pelo ACS não são necessárias de acordo com seu trabalho, mas pelo seu envolvimento e sua vontade de ajudar faz com que este tipo de responsabilidade esteja presente e seja comum entre eles.

"... tentar resolver...com a família ajudando eu acho que cumpri um objetivo, eu gostei desse objetivo, pois a gente se sente realizada deu resultado." A_{1c}

A_{1c} durante minha observação identificou sua comunidade como carente de atenção, mas demonstrou ser atenciosa e interessada em ajudá-las.

"Eu fico preocupada até eu não resolver o problema ... uma coisa que eu prometi..."A_c

"... as vezes que eu estou com pressa, cheio de trabalho converso um pouquinho e já saio não me sinto bem eu gosto de sair e deixar a pessoa feliz..."J_c

J_c e A_c estão sempre resolvendo problemas de sua comunidade durante a visita. As pessoas visitadas, que precisavam, foram encaminhadas para o posto de saúde. Estão sempre com disposição para resolver os problemas, tentar solucioná-los para "deixar a pessoa feliz".

"eu quero compartilhar ouvindo, ...eu quero levar um pouco de paz, alegria, conversa ... eu consigo ajudar cento e cinquenta e quatro famílias..." E_c

"... sentir melhor é ouvir, é ter tempo, sabe... para ouvir reclamação, seja um elogio..." E_c

Para E_c não adianta só buscar soluções em conjunto com a ESF mas sim orientar sobre a qualidade de vida, buscar o melhor para a família viver melhor. Durante a visita demonstrou preocupada não só com a saúde fisiológica da pessoa, mas com a saúde mental e emocional.

"... eles confiam muito em mim, quando eles precisam ... meu serviço é esse tentar resolver." G_v

"... se tem algum problema que eu consigo ajudar a resolver, porque se eu puder eu resolvo e eu gosto ..." M₁

"Para mim ... ficar feliz mesmo é quando a pessoa tá precisando de ajuda,... eu venho aqui e marco volto, você precisa ver como elas agradecem... é tão gratificante." L_v

Para G_v , M_i e L_v resolver o problema parece uma vitória pessoal, durante a observação esses ACS demonstraram ter grande responsabilidade com as famílias. Buscam com preocupação ajudá-las de qualquer maneira.

"... eu procuro a satisfação do cliente, quando eu chego na casa de uma pessoa e a pessoa pede alguma coisa, eu faço, se eu consigo resolver o problema que a pessoa tem, eles ficam muito agradecidos, aí eu sinto útil me sinto feliz ..." V_v

"... eu sempre quero mais, eu queria tipo ajudar mais, eu gostaria de levar mais conforto, porque a gente vê que é um lugar tão carente, gostaria de dar muito mais do que só passar e orientar, ... eu queria fazer mais." R_i

"...confortar, porque tem muita gente que precisa de alguém para conversar, tem muitas pessoas que não tem ninguém então é aonde eu me sinto útil. Muitas vezes a pessoa nem está carente de doença mas de uma atenção, eu tento dar aquela atenção que a pessoa precisa." R_c

Satisfazer a família e proporcionar mais conforto está na fala de V_v , que demonstrou respeito para com a família, interessada em informar e dedicada. R_i teve iniciativa em solucionar e desenvolver atividades e compromisso com a família. R_c , durante a observação tenta mostrar em sua fala, durante a entrevista, que atende sua população com atenção e responsabilidade, mas isto é contraditório, pois na observação, não demonstrou envolvimento com as famílias, sua comunicação é limitada, ou seja, é confusa nas explicações e insegura ao responder perguntas, por exemplo deixou de tomar conduta em relação a um cartão de vacina atrasado, acabou não percebendo que agindo dessa maneira estava comprometendo a saúde da criança e conseqüentemente não cumprindo a sua função.

"Passar o conhecimento e prestar atenção no que está acontecendo ... às vezes ela está mentindo para você, mas ela está mentindo para ela mesmo... a gente vai orientando, às vezes tem que ter cara de pau, às vezes não está valendo nada e você tem que ficar em cima." T_s

Diante de uma situação difícil T_s apresentou-se tranqüila e preocupada com o caso, mesmo realizando visitas e passando conhecimento, a família se recusava a cumprir as orientações. Mas a ACS preocupada com o caso obstinou-se a solucioná-lo.

C_i visita uma comunidade muito carente onde a disposição, criatividade e comprometimento faz parte do trabalho, esta qualidade é evidente durante a observação, o ACS busca soluções rápidas para os problemas detectados.

"... você ajuda as pessoas de uma tal maneira levando o conhecimento que eles não teria nem noção do que seria se não fosse o agente de saúde ... a gente acha pouca coisa, mas você está levando esse conhecimento da prevenção, é você que tá levando eu me sinto muito feliz e até útil..." C_i

"... solucionar o problema de uma pessoa, se eu não consigo, se não está ao meu alcance eu vou e busco, ajudo para tentar resolver, para dar o melhor de mim para ver se eu consigo." C_i

Manter ou melhorar a qualidade de vida, é o objetivo do ACS ao se comprometer com a família, a responsabilidade em buscar soluções para algumas necessidades detectadas leva o agente a desprender-se de suas atribuições obrigatórias e alcançar de maneira criativa a solução de tais necessidades.

A OBSERVAÇÃO DO ACS EM INFORMAR, ENCONTRAR E/OU SOLUCIONAR PROBLEMAS VIVENCIADOS PELA FAMÍLIA VISITADA

Para o ACS a informação, uma das suas atribuições, é a palavra chave durante as visitas tanto para informar quanto para coletar informação.

Informar segundo Ferreira (1999) é dar informe ou parecer sobre, instruir, ensinar, dar notícia ou informação; avisar, cientificar, comunicar, participar, e a informação é o ato ou efeito de informar-(se), informe dados a cerca de alguém ou de algo, conhecimento, participação, comunicação ou notícia trazida ao conhecimento de uma pessoa ou do público.

Assim ao visitar a família o ACS constantemente está informando ou é informado sobre algo, ou seja, orienta as famílias e coleta dados sobre elas e utiliza da observação na coleta destes dados.

Observar significa examinar minuciosamente, estudar, espiar, examinar atentamente a(s) pessoa(s) e/ou ambiente que a(s) cerca(m) (Ferreira, 1999). Esta atenção que se faz presente no ato da visita é o que define o ACS como observador.

As funções desenvolvidas pelos ACS são muitas, mas cada um tem um parecer como estes:

" eu acho que é levar orientação, informação, as pessoas às vezes, tem muita gente que está em casa querendo fazer pergunta mas não vai atrás ... eu acho que está levando orientação e informação até é um incentivo..." E_c

"... para a pessoa procurar um médico, às vezes tá lá sentindo alguma coisa e não vai porque não tem ninguém que dá um apoio daí a gente vai lá conversa e consegue que a pessoa vem para o médico e tratar..."E_c

Diante do significado da informação, nesta entrevista E_c quer além de passar informação, notícia, estimular e incentivá-lo a algo como a consulta referida na frase, este agente realmente demonstrou quando observado que está preocupado com a informação, o esclarecimento de dúvidas e principalmente zelar pelos membros da família.

Nos treinamentos o ACS é motivado pela equipe a orientar as famílias na utilização de recursos, tanto da área da saúde como por exemplo o Hospital, a Vigilância Sanitária, quanto outros setores disponíveis como: Conselho Tutelar, as Secretarias Municipais entre outros, visando assim menor tempo na solução de problemas.

O DESEMPENHO DO ACS NAS VISITAS DOMICILIARES

Analisando esta categoria de acordo com as entrevistas realizadas na segunda etapa da pesquisa, consideramos esta a mais importante, pois foi identificada a valorização e auto-estima dos agentes comunitários de saúde diante de suas atuações com a comunidade.

O desempenho conforme Ferreira (1999), é o ato ou efeito de desempenhar-se, execução de um trabalho, atividade, empreendimento que exige competência e/ou eficiência, atuação e comportamento.

A partir deste conceito denota-se que essas atribuições revelam a dedicação de levar às visitas domiciliares não só uma relação de trabalho mas uma relação de ajuda, troca, companheirismo, onde tem suas prioridades e responsabilidades.

Com a observação percebemos como as famílias expressam para o ACS a satisfação de tê-los como agentes, e reciprocamente o ACS também demonstra seu valor quando relata.

"Importante, me sinto importante ...as pessoas acham que eu sou importante." E_c

Nesta frase E_c demonstra satisfação em desenvolver a visita, e isto foi confirmado durante a observação em que demonstrou-se educada, desinibida, responsável e disposta em resolver problemas. Como por exemplo:

"Eu gosto de fazer visitas, ... é muito bom você poder ajudar, chegar na casa e ser útil... agora todos me cumprimentam, param para conversar, é a valorização, eles dão valor no que você faz, acham isso importante ." J_c

J_c quando acompanhada demonstrou capacidade para resolver problemas, envolvimento com a família e tranquilidade ao responder as perguntas quando indagada.

Todas as cinco frases agrupadas a seguir demonstram todo o orgulho e recompensa do seu desempenho na realização deste trabalho. Os ACS citados na frase executam suas atividades na área rural distante da cidade, e com difícil acesso ao posto mais próximo. Nessas visitas acompanhadas foi observado a ligação e vínculo das famílias com esses agentes, a necessidade e a ânsia da família em conversar, perguntar, discutir e pedir orientação, sem exceção, todos os ACS supriram a necessidade com muita atenção, conhecimento e respeito à família.

"Eu me sinto bem porque a gente tá levando um certo conhecimento às pessoas que não tinham ... eles não teriam nem noção do que seria o agente de saúde... às vezes a gente acha pouca coisa, mas você está levando esse conhecimento da prevenção... eu me sinto muito feliz e até útil, é bom, é gostoso, eu me sinto a vontade eu chego eu converso com as pessoas eu sou aberta para ouvir." C₁₀

"Eu sinto.. me orgulho de estar ajudando as pessoas, fazendo o bem para as pessoas ...é bom ... faz mais amizade com o pessoal ... sinto orgulho disso." F₀

"Eu sinto que vale ... eu sinto recompensa das crianças das gestantes, porque as gestantes mesmo falam antes nem pré-natal não existia e agora tem uma agente passando em casa, orientando, é assim gratificante." N_v

"Eu gosto adoro fazer as visitas, eu me sinto uma pessoa realizada ...porque eu vejo que tem pessoas que precisam de alguém ... eles necessitam de alguém para conversar e não tem, então eu me sinto muito feliz, quando chega no final do dia me sinto realizada." C₀

Na observação de V₁ a disposição em resolver problemas, informar e se envolver com a família é visível, sua comunidade é de situação socioeconômica baixa necessitando de maior atenção.

" ... é gratificante quando você consegue ajudar alguém." V₁

Realmente a expressão "gosto de mexer com o povo" demonstrou ser verdadeira na visita acompanhada, sua gentileza, respeito e comunicação com a família é notável, sendo que a orientação e responsabilidade estão presentes, como a próxima fala.

"... eu me sinto bem, eu gosto de mexer com as pessoas ... eu gosto de mexer com o povo eu gosto de fazer o que eu faço." C₁

Na visita realizada com M_s observamos que ela apresenta dificuldade em relacionar-se com a família, não consegue ter afinidade e compromisso como por exemplo, deixou de agendar uma visita com a enfermeira para uma senhora acamada. Na comunicação não é clara em transmitir orientações, se mostra insegura diante de uma pergunta e está sempre apressada para visitar outra casa, mas não deixa de ser educada.

"No geral eu me sinto bem ... porque tem casa que você chega e transmite o seu conhecimento, o que você aprendeu nos treinamentos, aí é uma visita bem realizada, quando eu chego na casa a pessoa pergunta e eu respondo me sinto assim bem realizada, agora mas nem sempre é assim, tem dia que a gente se sente mais frustrada um pouco que a pessoa te decepciona um pouco." M_s

"... o agente vê os resultados mas dá impressão que os outros não vê os resultados, as pessoas perguntam ... o que o agente de saúde faz ? ... parece que você está trabalhando em vão...mas em relação a sociedade eles nunca vê, sei lá é meio em vão o que a gente faz." M_s

M_s expressa na frase a insatisfação e a não valorização pela sociedade diante do seu serviço. Mas quando se trabalha com prevenção, especialmente com família o resultado é lento, pois envolve a conscientização da importância de determinados cuidados e a prevenção, e principalmente mudanças de costumes, conceitos, hábitos e cultura que demandam tempo e persistência para alcançar bons resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao optar pela entrevista semi-estruturada com a observação de campo buscava relacionar as atividades desenvolvidas na abordagem domiciliar com os discursos tomados.

Considerando que o desempenho do ACS na visita domiciliar cumpriu o objetivo esperado da pesquisa e de acordo com sua atribuição, se comportou como um profissional de saúde responsável com a família, geralmente coletando informação, informando, ajudando e buscando soluções para os problemas levantados levando a integração do ACS com a família, da família com a ESF, além de amenizar as necessidades das famílias.

De acordo com as entrevistas houve apenas três colocações negativas sobre a resistência da família, e não foi por causa do programa, mas sim problemas políticos das famílias com o administrador do serviço público municipal.

De modo geral ao se referir a segurança, todos os ACS repetidamente colocaram que quando desconhecem não informam, mas compromete-se buscar o conhecimento para oferecer à família demonstrando assim, seu compromisso e respeito a mesma.

O relacionamento do ACS com a família é caracterizado no início como difícil e resistente, mas com tempo conseguem conquistar a família passando a ter confiança, estima e amizade.

Esse envolvimento faz com que a responsabilidade também caracterizada, surja com o cumprimento das atribuições e vai mais além, desempenhando funções que não são necessariamente obrigatórias, mas prazerosas para eles.

Mesmo às vezes não suprimindo a necessidade o sistema é defendido pelos ACS, amenizando a situação que pode ficar abalada entre o ESF e a família.

De acordo com a entrevista a abordagem domiciliar vem mostrar que os ACS estão aptos tanto para a aproximação com a família como para manter um relacionamento saudável ao informá-los dos acontecimentos de saúde.

É isso que o PSF visa realizar, identificando a necessidade da sua população com o apoio do ACS, e este levando todas as informações à ESF, onde é possível planejar e executar as ações em saúde viabilizando a soluções dos problemas.

O ACS na abordagem domiciliar toma para si o desempenho e a responsabilidade de observar, informar, solucionar com segurança suas atribuições, mesmo tendo dificuldade com o sistema único de saúde mantém um elo entre a comunidade e ESF.

Concluí-se que este acúmulo de função não só faz do ACS um novo profissional da saúde, mas um profissional de nível médio que pouco conhece de doença, pois é capacitado pela equipe em disseminar conceitos de prevenção e saúde. Com isso estamos divulgando mais informações sobre saúde, do que sobre doença.

ABSTRACT: Analyzes a look at in the homes executed by the community Agent of Health (ACS) while member of the team of the Programa de Saúde da Família. This is an exploratory-descriptive research of qualitative analysis that used as approach of data the semi-structured interview and participant observation. These methods were performed by twenty-six ACS of the municipal district of Iporã – Pr in the month of January of 2001. The data were classified and presented in form of thematic units. The authors concluded that ACS has the responsibility of executing their attributions, informing, guiding and maintaining an involvement relationship and commitment with the family.

The acting of ACS in the visit in the homes executed the objective waited by the program, impelling the integration of ACS-family, family-strategy of health of the family. The authors also observad that the alook that in the homes demontrated by them comes to show that are capable for the function.

KEYWORDS: Family health; Community health agent; Home health aides.

RESUMEN: El estudio presenta el análisis de un abordaje domiciliario ejecutado por el Agente Comunitario de Salud (ACS) como miembro del equipo del Programa Salud de la Familia. Se trata de una investigación exploratoria descriptiva de análisis cualitativo que utilizó para la recolección de los datos la entrevista semi-estructurada y la observación participante. Fueron entrevistados veintiseis ACS del municipio de Iporã – Paraná (PR) en el período de enero del 2001. Los datos fueron categorizados y presentados en forma de unidades temáticas. Concluimos que el ACS tiene la responsabilidad de cumplir sus atribuciones, informando, orientando y manteniendo una relación de involucramiento y compromiso con la familia. El desempeño del ACS en la visita domiciliaria cumplió el objetivo esperado por el programa impulsando la integración del ACS – familia, familia – Estrategia de Salud de la Familia. Observamos también que el abordaje domiciliario que utilizan muestra que están aptos para la función.

PALABRAS CLAVE: Programa salud de la familia; Agente comunitario de salud; Visita domiciliaria.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Abrindo a porta para dona saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, 2000a.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: Brasília, 2000b.
- 3 CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- 4 FERREIRA, A. B. H. Dicionário Aurélio eletrônico século XXI. Versão 3.0. Local: Nova Fronteira, 1999.
- 5 MARCON, S. S. Visita domiciliar. Relatório. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 1999. Mimeografado.
- 6 MARQUES, M. C. C. A construção da saúde pública no Brasil no século XX. Relatório. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 1999. Mimeografado.
- 7 MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde., 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- 8 NERY, M. E. da S. ; VANZIN, A. S. Enfermagem em saúde pública: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- 9 COSTA NETO, M. M. Caderno de atenção básica: programa saúde da família. v.1 e v.2. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- 10 RODRIGUES, M. S. P. ; LEOPARDI, M. T. O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.
- 11 STEFANELLI, M. C. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.
- 12 TRAVELBEE, J. Intervención en enfermería psiquiátrica. Cali: Carvejal, 1979.