

A PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) COMO SUJEITO TRANSFORMADOR NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AOS IDOSOS

Augusto Andrade Gonçalves¹

Joelma Batista Tebaldi²

Raimunda Silva d'Alencar³

Resumo. A Assistência Domiciliar (AD) ocupa um lugar significativo nas políticas públicas voltadas ao envelhecimento da população, sendo legitimada através de instrumentos legais inseridos na prática cotidiana das unidades de saúde. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), membro da equipe de saúde da atenção primária, representa o elo de proximidade desta com as famílias da comunidade adscrita, imprimindo significativa importância ao cuidado dispensado ao idoso da comunidade. Este estudo buscou identificar a percepção do ACS em relação à AD, quanto à formação da equipe, limitações/facilidades para o seu desenvolvimento, modalidades utilizadas e do que consistem. É um estudo descritivo, qualitativo, realizado junto a profissionais das unidades de saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família, em dois municípios do sul da Bahia, utilizando-se de entrevista estruturada para a coleta dos dados. Treze questões foram formuladas e analisadas 96 entrevistas com o ACS. As dificuldades assinaladas referem-se à falta de materiais (para 44,79% dos entrevistados), enquanto as facilidades

1 Enfermeiro. *E-mail*: <<scottandrad@hotmail.com>

2 Prof.^a Plena, Mestre em Enfermagem, doutora em Educação. Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus, Bahia. *E-mail*: <joelmatebaldi@gmail.com>

3 Prof.^a Assistente, Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Uesc. Ilhéus, Bahia. *E-mail*: <r_alencar2@yahoo.com.br>

circunscrevem-se à receptividade da população (46,88% dos entrevistados). Quanto às modalidades assinaladas, a visita e a consulta domiciliar foram realçadas por 78,13% deles. O ACS pontua a importância da sua participação no trabalho em domicílio, destacando a precariedade do sistema de saúde para a efetivação dessa modalidade de assistência, sendo realizada muito mais pela motivação pessoal e receptividade comunitária.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Assistência domiciliar. Idosos

THE PERCEPTION OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT (CHA) IN HOME CARE FOR THE ELDERLY

Abstract. Home care (HC) occupies a significant place in public policies that are concerned about the aging of the population, including some legal instruments which. Inserted in the daily practice of health agencies, the Community Health Agents (CHA) have the main task to establish a close relationship between the families of the enrolled community and the multidisciplinary health care team, giving them relevance in HC. For this study, 13 questions were highlighted and 96 interviews with CHA were analyzed, drawn from a larger survey of professionals in the health units with and without the Family Health Strategy, in two cities of the South Bahia, Brazil. In a qualitative approach with the use of structured interviews for data collection, the selected questions sought to identify the perception of CHA regarding multiprofessionality in HC, the limitations/strengths for its development, the types of modality used and what they consist of. As for the difficulties identified to perform HC, the main problem was the lack of materials, present in 44.79% of the answers. Regarding the strengths, it was highlighted the "receptivity of the population" (46.88%). The home visit and the home

medical check appear in 78.13% of the statements regarding the types of HC. The CHA point out their participation in home care emphasizing the precariousness of the health system for the effectiveness of such assistance mode, being held more by personal motivation and community receptivity.

Keywords: Community Health Agent. Home care. Elderly.

LA PERCEPCIÓN DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD (ACS) EN LA ASISTENCIA DOMICILIARIA A LOS ANCIANOS

Resumen. La asistencia domiciliaria (AD) ocupa un espacio significativo en las políticas públicas que se preocupan con el envejecimiento de la población, teniendo en algunos instrumentos la legalidad para la atención en domicilio. Insertados en práctica cotidiana de las unidades de salud, los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) tienen como principal atribución establecer una relación de proximidad entre las familias de la comunidad adscripta y el equipo multiprofesional de salud, dándole importancia en la AD. Para este estudio fueron destacadas 13 preguntas y analizadas 96 entrevistas con ACS, extraídas de una investigación más amplia realizada junto a profesionales de las unidades de salud con y sin Estrategia de Salud de la Familia, de los municipios de Ilhéus e Itabuna. De enfoque cualitativo y utilizando entrevista estructurada para la recolección de los datos, las preguntas seleccionadas buscaron identificar la percepción del ACS tanto como la multiprofesionalidad en la AD, las limitaciones/facilidades para su desarrollo, los tipos de modalidad utilizadas y de lo que consisten. En relación a las dificultades apuntadas para realizar la AD, el principal problema fue la falta de materiales presente en 44,79% de las hablas registradas. En relación a las facilidades, fue destacada la "receptividad

de la población" (46,88%). La visita y la consulta domiciliaria aparecen en 78,13% de las hablas en los tipos de modalidad para la AD. Los ACS indican su participación en el trabajo en domicilio realizando la precariedad del sistema de salud para efectivizar esa modalidad de asistencia, siendo realizada mucho más por la motivación personal y receptividad comunitaria.

Palabras clave. Agente Comunitario de Salud. Asistencia domiciliaria. Ancianos.

LA PERCEPTION DE L'AGENT COMMUNAUTIRE DE SANTÉ (ACS) DANS L'ASSISTANCE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES.

Résumé. L'assistance à domicile (AD) occupe un espace significatif des politiques publiques qui traitent du vieillissement de la population et dispose de certains instruments légaux disponibles pour les soins à domicile. Insérés dans la pratique quotidienne des unités de santé, les Agents Communautaires de Santé (ACS) ont comme principal attribution d'établir une relation de proximité entre les familles de la communauté et l'équipe multiprofessionnelle de santé en leur montrant l'importance de l'AD. Pour cette étude, 13 questions ont été élaborées et 96 entrevues ont été analysées avec les ACS, extraites d'une recherche plus vaste réalisée auprès des professionnels des unités de santé, certaines avec, d'autres sans stratégie familiale, dans les villes d'Ilhéus et d'Itabuna. À partir d'un abordage qualitatif et à partir d'entrevues structurées pour recueillir les données, les questions sélectionnées visaient identifier la perception des ACS par rapport au multiprofessionnalisme de l'AD, les limitations/facilités pour leur développement, les types de modalités employées et en quoi elles consistent. Quant aux difficultés relevées pour réaliser l'AD, le principal problème

a été le manque de matériel, cité dans 44,79% des cas. Par rapport aux facilités, “la réceptivité de la population” (46,88%) a été citée. La visite et le soin à domicile apparaissent dans 78,13% des cas à propos des différents types de modalités pour l’AD. Les ACS soulignent dans leur participation au travail à domicile la précarité du système de santé pour mettre en oeuvre cette modalité de soins, possible surtout grâce à la motivation personnelle et à la réceptivité de la communauté.

Mots-clé. Agent Communautaire de Santé. Assistance à domicile. Personnes Âgées.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem se constituindo em uma realidade cada vez mais crescente e natural no Brasil e no sul da Bahia em particular. Esse crescimento, associado à maior longevidade, vem se tornando uma das grandes preocupações para toda a sociedade, especialmente no que se refere à dimensão social da vida, aí inclusos o sistema de saúde e os aspectos sanitários (BRASIL, 2010).

Esse rápido crescimento no Brasil vem sendo desproporcional à reorganização social e de saúde para atender as necessidades criadas, gerando preocupação do governo com políticas públicas que deem conta dos idosos, com demanda cada vez maior para a Atenção Primária à Saúde (APS). Hoje, com as condições que tem a saúde, o Brasil está com mais de 13% da sua população com mais de 60 anos (IBGE, 2014).

A transição epidemiológica, caracterizada pela mudança do perfil de morbimortalidade da população, revela um decréscimo progressivo nas mortes

por doenças infectocontagiosas e uma elevação nas mortes por doenças crônicas (BRASIL, 2010). Essas enfermidades têm necessidades substanciais, como a exigência de cuidados constantes, o uso de medicação contínua e exames periódicos. Com a incorporação de 650 mil novos idosos por ano, a demanda desse público por serviços de saúde também se eleva, fomentando internações hospitalares mais frequentes, visto que as atividades preventivas ainda são escassas no âmbito da APS (VERAS, 2009).

As mudanças assinaladas, acrescidas ao estilo de vida dos indivíduos e modelo curativista ainda prevalente, levam ao aumento de internações, o que exige a reformulação do modelo de atenção à saúde. Essa reformulação passa pela redução de custos com o uso exagerado de tecnologia, substituição do modelo médico hegemônico ainda vigente no País (BRASIL, 2012a), além da integralidade da assistência, universalidade e preservação da autonomia das pessoas, conforme previsto na Lei Orgânica da Saúde.

A Organização Mundial de Saúde aconselha que as políticas de saúde na área do envelhecimento considerem determinantes que influenciam a qualidade do envelhecimento, como a alimentação, moradia, saneamento básico, renda e interação social (OMS, 2005), também considerados pela Lei Nº 8.080/90, como pressupostos para a manutenção de uma melhor qualidade de vida.

Várias são as políticas de saúde que abrangem os idosos no Brasil, considerando as duas últimas décadas, a partir da Política Nacional do Idoso e da

Política Nacional de Saúde do Idoso, no início dos anos noventa, que estabelecem obrigatoriedade de atendimento diferenciado à população idosa, reforçadas por políticas posteriores, como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e Diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a). Acrescenta-se ainda a Política de Atenção Primária à Saúde, a Política de Assistência Domiciliar, o Programa Nacional de Humanização, todos eles assegurando proteção, prioridade de atendimento, recuperação, manutenção e promoção da autonomia.

A Atenção Domiciliar (AD), na dinâmica descrita, ocupa um espaço significativo nas políticas públicas, a partir de diretrizes que a definem como uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. Caracteriza-se por um conjunto de ações prestadas em domicílio ao indivíduo com algum nível de dependência, que busca garantir uma continuidade de cuidados e que esteja integrado à rede de atenção à saúde, a exemplo das Portarias nº 73/2001, nº 963/13, e do Estatuto do Idoso e do Pacto pela Saúde.

Nesse panorama, a APS surge com o objetivo de reorganizar o modelo de saúde e descentralizar a assistência, tornando-se o primeiro contato dos usuários no sistema de saúde. Essa atenção mais capitalizada objetiva o desenvolvimento da integralidade da saúde dos indivíduos e do coletivo, assumindo um território delimitado, com a responsabilidade de efetuar ações que impactem na situação e nos determinantes de saúde da população adscrita. Tem a responsabilidade de ser a base da rede, com o objetivo

de articular os serviços de saúde e responder positivamente às necessidades da população, com o caráter resolutivo e coordenador do cuidado, tal como realizar a AD, quando as necessidades dos usuários forem de menor complexidade e frequência, e prover suporte para as equipes responsáveis por um atendimento mais complexo (BRASIL 2012b; 2013).

Em conformidade com essas atividades, o Ministério da Saúde (MS) estabelece que as unidades de saúde devem funcionar com uma equipe multiprofissional, na qual o Agente Comunitário de Saúde (ACS) esteja inserido. Esse profissional tem a responsabilidade, dentre outras, de realizar a visita domiciliar para o acompanhamento das famílias e indivíduos, com ações de prevenção a agravos e promoção à saúde a partir de intervenções educativas, deixando-o próximo à comunidade, sendo, dessa forma, importante sujeito na interação dos indivíduos com os serviços de Atenção Primária à Saúde e na execução da assistência domiciliar (BRASIL, 2012b).

Com o crescente número de idosos e a necessidade da reorganização do modelo assistencial para garantir serviços que supram as atuais condições de saúde da população, o que inclui agravos crônicos, assim como o importante papel da atenção à saúde primária na prevenção de afecções, promoção da saúde e garantia de um atendimento integral mais próximo ao indivíduo, percebe-se a necessidade de avaliar as condições da assistência domiciliar oferecida pela APS.

O ACS como um profissional fundamental na mediação entre as demandas da população e a equipe multiprofissional, além de ser um morador da área

adstrita da unidade de saúde e integrante da comunidade, tem perspectiva relevante na avaliação da AD implantada em seu território.

Este trabalho⁴ teve como objetivo analisar a AD aos idosos oferecida pelas equipes da APS dos municípios de Ilhéus e Itabuna (BA) sobre a percepção do ACS, assim como caracterizar essa categoria profissional e identificar as facilidades e dificuldades que encontram para o exercício da AD. O seu caráter descritivo permitiu somar às falas dos profissionais de saúde o que fora observado no ambiente de trabalho pelo entrevistador. De abordagem qualitativa, foi utilizada a entrevista estruturada, realizada no ambiente de trabalho dos profissionais⁵. Das 45 questões da pesquisa original, foram destacadas 13 para este artigo, e analisadas 96 entrevistas feitas com o ACS, em 24 Unidades Básicas e de Saúde da Família, das duas cidades, 11 delas em Ilhéus e 13 em Itabuna. As 13 questões incorporam variáveis como idade, sexo, conjugalidade, escolaridade, renda, formação profissional, acrescidas de percepções quanto à multiprofissionalidade na AD, as limitações/facilidades para o seu desenvolvimento, modalidades utilizadas e do que consistem. A análise das respostas

4 Este artigo faz parte de um projeto de pesquisa desenvolvido pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC intitulado “Assistência Domiciliária (AD) oferecida pelas UBS e ESF aos idosos Itabuna e Ilhéus, BA”, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da UESC e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB.

5 Com consentimento livre e termo devidamente assinado pelos participantes.

tomou como parâmetro o conteúdo das políticas públicas de saúde para a população idosa, referentes à assistência domiciliar.

O PAPEL HISTÓRICO DO ACS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os Agentes Comunitários de Saúde passam a ser conhecidos no cenário da saúde brasileira a partir da década de 1990, tomando como referência uma ação bem sucedida ocorrida no estado do Ceará, em 1987, quando as atividades básicas de saúde eram realizadas durante o período crítico de seca, sob financiamento de fundos especiais de emergência. Esses profissionais, integrantes da comunidade, foram incluídos com o papel de fazer intervenções junto à comunidade da qual faziam parte (BRASIL, 2005; CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010).

Após momento crítico, a ação torna-se programa permanente, através de recursos do Estado, e esses agentes passam a realizar atividades para melhorar a capacidade da comunidade em cuidar de si, já sendo responsabilizados por números mínimos de famílias. Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) assume a responsabilidade de subsidiar o projeto e denomina-o Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde (PNAS), posteriormente modificado para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), objetivando reduzir mortalidades infantil e materna, além de foco na família como unidade de ação programática de saúde, com forte noção de área de cobertura

(BRASIL, 2005). Todavia, esse programa foi instituído e regulamentado apenas em 1997, quando iniciado o processo de descentralização de recursos do SUS (BRASIL, 2001a).

Esse profissional já se reconhece como representante social e elo da comunidade com o conhecimento biomédico. Portanto, assume dois espaços, o institucionalizado e o da comunidade, aproximando o saber técnico das equipes ao saber popular dos grupos sociais (CÔRREA; PFEIFFER; LORA, 2010; PINTO; FRACOLLI, 2010).

A regulamentação desse programa consta da Portaria nº 1.889/97 que aprova suas normas e diretrizes, assim como no Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1993, com o objetivo de oferecer assistência a áreas de maior risco social, sendo sequencialmente transformado em estratégia, com vistas à reorientação do modelo assistencial e reorganização dos serviços de saúde. Esses dois programas, ao longo do tempo, crescem paralelamente com o intuito de oferecer à população uma saúde descentralizada, integral e resolutiva.

Esse profissional é reconhecido pela Lei nº 10.507/2002, caracterizando-se pelas ações de prevenção a agravos e promoção à saúde a partir de intervenções educativas nos domicílios ou comunidade, individuais ou coletivas (BRASIL, 2002) e pelo Decreto nº 3.189/1999, que fixa as diretrizes para seu exercício, onde fica estabelecida, além de outras atividades, a realização de visitas domiciliares para monitorar situações de risco à família (BRASIL, 1999), o que o torna importante sujeito na interação da comunidade com os serviços de atenção à saúde primária e na execução da AD.

Portanto, o ACS age em três dimensões, ao desempenhar o seu trabalho: na dimensão técnica, para atender indivíduos e famílias por meio de ações de monitoramento de grupos específicos, com base no saber epidemiológico e clínico; na dimensão política, para reorientar o modelo de atenção à saúde, discutindo problemas e organização da comunidade; e na dimensão assistencial, para resolver questões centrais para a população, como o acesso aos serviços. Seu trabalho se instala em dimensão complexa, pela dificuldade dos limites entre uma e outra dimensão, por vezes ocorrendo conflito entre elas (PINTO; FRACOLLI, 2010).

Essa relação de proximidade entre as famílias da comunidade delimitada e a equipe multiprofissional de saúde, assumindo, portanto, contatos mais frequentes com os usuários do serviço de saúde por meio da visita domiciliar, quando identifica as demandas do usuário ali residente, reforça a importância da sua atuação enquanto membro da equipe multidisciplinar na unidade de saúde, pelo conhecimento que traz sobre as famílias visitadas, seja na sua configuração (estrutura, composição e tamanho), seja na ocupação de seus componentes, presença de idosos e seu nível de dependência.

Sem dúvida alguma, indica para os demais profissionais onde investir esforços, a urgência dos atendimentos, deslocamentos, enfim, o agendamento para melhor qualificar a cobertura do atendimento da APS. Caracteriza-se como sujeito essencial na identificação das alterações assistenciais, inclusive na atenção domiciliar, na identificação de necessidades, de

cuidados e, até mesmo, de orientação e educação ao idoso e familiares.

O ACS dos dois municípios (73,96% em Itabuna e 26,04% em Ilhéus) representou, aproximadamente, 67,13% dos entrevistados da pesquisa maior. Esse percentual é condizente com o que estabelece o MS, quando define o máximo de 12 ACS para cobrir a população adscrita (BRASIL, 2012b). As mulheres dominam a categoria profissional, com predomínio de 82,29%, idades que variam de 20 a 70 anos, 51% casados e a renda média mensal em até dois salários mínimos (93,75%).

Todos os profissionais residem na área de abrangência da unidade de saúde onde trabalham, requisito para o exercício da profissão. Outros dois requisitos, como ensino fundamental e curso introdutório de formação inicial e continuada concluídos, são exigências para enquadramento na profissão (BRASIL, 2006b). Na realidade da pesquisa, observa-se que além dos 100% que possuem ensino fundamental completo, há uma maioria (89,58%) com ensino médio concluído e, destes, 11,46% completaram curso técnico/auxiliar de enfermagem e, apesar da exigência, apenas um deles realizou curso de formação para ACS.

Diante do quadro apresentado, é possível concluir que há uma deficiência instalada de educação profissional, que vem associada ao descaso dos órgãos públicos em capacitar esses indivíduos para lidar com a população. Ainda sobre a atualização profissional, dados referentes à realização de cursos concluídos nos últimos cinco anos (42,71%) e participação em

grupo de estudo (14,58%) reafirmam a necessidade da educação continuada, da atualização permanente, disposto na PNAB como uma atribuição comum aos profissionais.

A CUMPLICIDADE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar, segundo Silva *et al* (2010), surge na década de 1960 com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do estado de São Paulo e, gradativamente, se expande, tendo maior relevância a partir da década de 1990, onde se percebeu a necessidade de regulamentar essa prática assistencial.

O marco normativo ocorreu com a Portaria nº 2.416/98, que estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS. Essa atenção possui uma grande diversidade de modelos e dimensões de cuidado. Assim, foram observadas experiências e projetos com distintas características no âmbito domiciliar e somente em 2001, através da Portaria nº 73/2001, a AD é definida como um atendimento prestado ao idoso, com algum nível de dependência, com vistas à promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança (BRASIL, 2001b).

Essa assistência é construída na perspectiva de humanizar a atenção, manter uma continuidade do cuidado, evitar a hospitalização para diminuir custos

para a família, para o Estado e os riscos de contrair outras enfermidades, além da oferta de atenção em ambiente contextualizado para o indivíduo, mantendo seus valores socioculturais (REHEM; TRAD, 2005; SILVA, *et al.*, 2010).

Os benefícios dessa assistência devem ser validados pela APS, capaz de suprir as demandas da população. Esse aspecto, como preconizado pela Portaria 2.488/11, é responsável por ações que objetivam proteger a saúde, prevenir agravos e realizar atividades de reabilitação e manutenção da saúde, sendo esta a atenção mais próxima e imediata ao indivíduo. O processo de territorialização é um aspecto do trabalho do ACS na área de abrangência, o que afirma sua responsabilidade sobre toda a população adscrita e, por consequência, a atenção domiciliar aos indivíduos que dela necessitarem (BRASIL, 2012b).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2006c) define a ocorrência de três modalidades em domicílio: a atenção domiciliar, com ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; a assistência domiciliar como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas; e a internação domiciliar, atividades caracterizadas pela atenção integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

A APS torna-se responsável por uma das três modalidades estabelecidas pela Portaria nº 963/2013. A atenção domiciliar tipo 1 (AD1), destinada aos indivíduos com problemas de saúde controlados/

compensados, e com dificuldade ou impossibilidade de locomoção até o serviço. Os cuidados são de menor complexidade, frequência e necessidade de recursos de saúde, inseridos na capacidade das unidades de saúde. Esses profissionais recebem auxílio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e das equipes especializadas no atendimento da AD2 e AD3 (BRASIL, 2013).

As entrevistas apontaram que apenas 19,79% dos entrevistados reconhecem a ocorrência da visita domiciliar e para 78,13% deles a ocorrência inclui a visita e a consulta domiciliar. A compreensão do que é visita domiciliar restringe-se a *saber notícia do indivíduo, conhecer a situação de saúde e orientar sobre os seus direitos* (54,17%), conforme destacam as falas seguintes:

- *[...] saber a história do paciente, conhecer suas necessidades, dar orientações (acs14)*
- *[...] nós vamos na casa para saber notícias das famílias, para saber se estão tomando a medicação certa, essas coisas (acs2).*

Essa perspectiva muito se confunde com a atribuição própria do ACS no seu trabalho cotidiano, conforme estabelecido pelo Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB). Portanto, não deveria ser compreendida como AD, que exige uma programação da equipe multiprofissional da unidade de saúde a qual o ACS se vincula, exige critérios e análise da vulnerabilidade do doente, condições da família e, a partir

daí, o desenho das competências de cada profissional da equipe na necessária assistência domiciliar.

A Portaria 963/13 dispõe que a assistência em domicílio deve ocorrer por meio de visitas domiciliares, no mínimo, uma vez por mês, por toda a equipe da APS. Em algumas falas identifica-se a total responsabilização do ACS pelo desempenho dessa ação, transformando-o em avaliador das necessidades clínicas do indivíduo:

- *[...] a gente visita para saber como eles estão e se precisar a enfermeira ou o médico faz a consulta (acs71)*
- *[...] é o agente que faz a visita e solicita o médico e o técnico de enfermagem a depender da necessidade (acs72).*

Dessa forma, não há delimitação de especificidades e responsabilidades de cada profissional, apesar da existência de distintos saberes e práticas em cada formação (FERNANDES; FRAGOSO, 2005). Na maioria das falas (53,20%), a consulta é entendida como a visita do médico na casa do indivíduo.

- *[...] é feita pelo médico, para examinar e receitar o usuário (acs33)*
- *[...] a gente leva o médico e ele atualiza as receitas (acs68)*
- *[...] o médico vai e prescreve as receitas (acs72)).*

Essas falas reforçam o modelo médico hegemônico, a fragmentação da assistência e o saber mecanicista, contradizendo a proposta de reorientação da

assistência à saúde da ESF, além de desvalorizar a própria AD, seja na ação do ACS quanto na dos demais profissionais.

A realização da internação domiciliar foi pontuada por apenas dois entrevistados. A escassez dessa prática acompanha o desconhecimento sobre a modalidade de assistência pelo ACS, verificado em 71,88% das entrevistas em que não souberam responder a questão. Outros 10,42% a compreendem como uma extensão do hospital.

- *[...] quando sai do hospital, mas ainda precisa dos cuidados, sabe? (acs40) ou tratando como idênticos os dois espaços.*
- *acho que uma internação em casa é semelhante ao hospital (acs96).*

Giacomozzi e Lacerda (2006) definem a internação domiciliar como uma categoria que utiliza aparatos tecnológicos, a permanência da equipe de saúde por no mínimo quatro horas/dia, com acompanhamento contínuo e quadro clínico estável do indivíduo. Essa internação, como preconizado pelo MS, está sob a responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), encaixando-se na Atenção Domiciliar tipo II e III, sendo responsabilidade da APS o apoio à essas equipes.

O ACS deve assumir o papel de identificar os fatores de riscos, orientar as famílias/comunidade e comunicar à equipe os casos e as situações encontradas (TOMAZ, 2002). Todavia, deve receber da própria

equipe da unidade de saúde e de outras instituições um subsídio de informações na área da saúde para que possa identificar claramente os problemas da população e saiba reportar-se com clareza aos demais profissionais, sendo corresponsabilizado por qualquer ação desenvolvida, seja nas famílias, na comunidade ou no domicílio.

Esse profissional reconhece o seu papel na AD como importante, quando afirma que *o agente [...] é o que tem mais contato com a família (acs21)*, e também por ser o profissional mais acessível. A enfermeira é posicionada como o profissional mais requerido pela comunidade, encontrada em aproximadamente 100% das falas, justificado pela disponibilidade em atender e melhor vínculo com os usuários.

- *[...] está sempre na unidade (acs33); [...] o povo gosta muito dela (acs23); [...] aqui a enfermeira é para tudo (acs25).*

Por outro lado, posicionam-se na frente de todos os outros profissionais lotados na unidade, com o discurso de que o seu papel é estar inserido na comunidade, dentro das residências dos indivíduos para identificar os problemas existentes, além de apontar inexistência ou, ainda, sobrecarga de trabalho dos outros profissionais.

Percebe-se a deficiência dessa modalidade assistencial nos municípios, verificada pela concepção primária que os profissionais possuem sobre a mesma, somado à desestruturação das equipes multiprofissionais e da unidade de saúde para também atuarem em domicílio.

ASPECTOS OPERACIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- O que facilita o trabalho da AD nas unidades

O trabalho dos profissionais na APS prevê uma compreensão dos aspectos relacionados à dinâmica familiar, ao seu funcionamento, às funções, ao desenvolvimento e às características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Esse conhecimento da vida dos indivíduos facilita a construção de uma assistência digna e individualizada, afirmam Lopes e Marcon (2012).

A estratégia de atenção primária reconhece que na família ocorrem interações e conflitos que interferem na saúde dos indivíduos, e um dos seus objetivos é identificar e sanar, quando possível, as perturbações, o enfrentamento dos problemas e a tomada de decisões (OLIVEIRA; MARCON, 2007), tornando o usuário como corresponsável pelo seu cuidado e de seus familiares, preservando sua autonomia.

Nessa realidade, os profissionais devem ter perfil e qualificação diferenciada, já que a maior ênfase está na interação equipe-comunidade-família e sua atitude deve estar pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Esses autores afirmam ainda que uma das maiores facilidades encontradas é o acesso e a aceitação das orientações realizadas para os usuários. A facilidade mais pontuada pelo ACS foi justamente a “receptividade da população” (46,88%), o que sinaliza

abertura e aceitação dos usuários à assistência domiciliar, a exemplo da fala seguinte:

- [...] *é quando eles acolhem bem e querem sempre a nossa visita (acs67).*

Na sequência, aparecem o “conhecimento da área” pelo ACS (21,88%), além da “disposição” em realizar a visita domiciliar (13,54%): [...] *eu conheço todo mundo da área e gosto de todas as famílias que visito (acs74).* Esse conhecimento que o ACS possui sobre a área física do bairro e sobre as famílias constituintes da comunidade é atribuído a um requisito necessário para o exercício da profissão, que é ser morador do local, pertencente, portanto, à comunidade onde atua, como cidadão e como profissional.

No estudo de Lopes e Marcon (2012), uma das facilidades encontradas para a assistência na APS refere-se ao conhecimento da realidade familiar, o que facilita na resolução de problemas e ampliação do vínculo família-profissional. Esse resultado é confirmado nas falas dos Agentes.

Outras facilidades assinaladas foram a disponibilidade dos outros profissionais da equipe (7,29%), a unidade estruturada (5,21%) e a facilidade no acesso às residências (4,17%). As duas primeiras condições, embora básicas para o funcionamento das unidades de saúde, muitas vezes se realizam por esforço pessoal do Agente, não por respeito à atribuição institucionalizada nas políticas públicas.

Depreende-se daí que as facilidades elencadas não têm qualquer dependência ou vinculação com a

gestão municipal, mas se relacionam com a boa vontade e disposição dos membros da equipe envolvidos na atenção primária, principalmente os usuários da AD.

- O que dificulta o trabalho da AD nas unidades de saúde

As dificuldades nesse âmbito estão relacionadas às concepções de saúde dos indivíduos, no trabalho que os profissionais desenvolvem com as famílias e nas condições estruturais das unidades. Os profissionais trabalham com o posicionamento dos sujeitos em seguir ou não as orientações passadas, devido a fatores culturais, a forma como percebem a saúde e na confiança que possuem sobre o tratamento e os profissionais (LOPES; MARCON, 2012).

Outras dificuldades são apontadas por Fernandes e Fragoso (2005) e são vivenciadas pelas equipes de saúde desta pesquisa no atendimento domiciliar, a exemplo de: estabelecimento de regras na relação profissional-usuário, verificação dos limites da interferência dos profissionais ao estilo de vida dos usuários e a manutenção da privacidade do idoso durante o atendimento. A falta de materiais, que inclui insumos, material físico e falta de medicações, foi sinalizada por 44,79% dos Agentes de Saúde, um problema comum à realidade da maioria das unidades. Essa dificuldade é pontualmente marcada na fala do acs63:

- [...] Quando a gente chega na casa do paciente e eles não têm material para curativo, a gente pede na unidade e não é atendido. A Secretaria de Saúde municipal não fornece.

Destacam-se em sequência o “difícil acesso às casas dos usuários” apontado por 20,83% dos Agentes, localizadas em ladeiras íngremes, com calçamento danificado e/ou precariedade do saneamento básico, e “falta de profissionais” sinalizada por 13,54%, e a falta de transporte (7,29%): [...] a dificuldade maior é a falta de profissionais, porque a enfermeira é sozinha para todo o atendimento da unidade (acs25) ou [...] a dificuldade está em relação ao médico que não está fazendo a AD porque o carro não está disponível ou, ainda, [...] falta de compromisso do médico com a comunidade, pois não realiza visita e isso prejudica nosso trabalho (acs9).

A ausência dos profissionais na composição da equipe da ESF e a utilização de alguns deles em tarefas dentro da unidade dificultam a realização de atividades fora dela, haja vista as funções específicas de cada profissional (LOPES; MARCON, 2012), cujas competências são descritas na PNAD.

Outros fatores, como *gestão municipal* (7,29%), *violência urbana* (6,25%) e *ausência de treinamento* (5,21%) foram também assinalados. Realça-se aqui que treinamentos e cursos de qualificação são previstos na Lei nº 10.507/02, como requisito para o exercício da profissão do ACS. Em sua maioria, esses profissionais verbalizam insatisfação com o momento político das cidades e desejam mudanças, afirmando ser esse sentimento o da população com a qual está em contato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AD, além de ser uma ferramenta de suporte social importante para idosos e financeiramente eficaz para o serviço de saúde, também se associa à modalidade assistencial multiprofissional, objetivando a recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa, em comunidades próximas às unidades de saúde, o que implica mudança do modelo preconizado antes da sua existência.

O ACS, inserido nas unidades de saúde, desempenha função importante na comunidade e na equipe de profissionais, sendo um mediador entre os dois polos, podendo acelerar as resoluções dos problemas dispostos.

Todavia, mesmo assegurada por diversas políticas públicas, a AD nos municípios pesquisados é incompleta, ou mesmo inexistente. Por meio das falas analisadas pode-se verificar a precária estrutura das unidades (física e humana), cuja função é prestar assistência aos usuários em suas residências. Essa estrutura, apontada como uma falha recorrente das administrações municipais, não é suficiente para amparar as necessidades da população, transformando-se em um acúmulo de problemas sem soluções.

Em contraponto às dificuldades encontradas, os ACS expõem facilidades de caráter pessoal, como a receptividade dos usuários com quem estabelecem contatos mais frequentes. Isso, no entanto, não significa que esses contatos têm eficácia em termos de resolutividade dos problemas.

Desse modo, observa-se que o sistema de saú-

de necessita de maiores investimentos e soluções rápidas e eficientes dos problemas que estão expostos, como visto na assistência domiciliar que passa por dificuldades em ambos os municípios, inclusive de compreensão, por parte dos profissionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 13 de novembro de 2013.

BRASIL. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília, 2001a.

BRASIL. Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001 SEAS/MPAS - Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Brasília, 2001b.

BRASIL. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados / (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. 2. ed. atual., 210 p. Brasília, 2005.

BRASIL. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 76 p. Brasília: 2006a.

BRASIL. RDC/ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. 2006c. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2011-2006.pdf>>. Acesso em: 13 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / (Série B. Textos Básicos de Saúde). Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12, 44 p.: il. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / (Série E. Legislação em Saúde). 110 p.: il. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro. Portaria n. 963, de 27 de

maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2013.

CÔRREA, Carlos.; PFEIFFER, Claudia C.; LORA, Adriano P. O Agente Comunitário de Saúde – Uma História Analisada. Revista Rua, n. 16, n. 1, p. 173-192, [on-line]. Campinas, jun. 2010.

FERNANDES, M. G. M.; FRAGOSO, K. M. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. Revista APS, v. 8, n. 2, p. 173-180, jul./dez. 2005.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-53, out/dez. 2006.

IBGE/PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso>>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, jan/jun. 2012.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, n. 1, p. 65-72. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.

Envelhecimento ativo: uma política de

saúde / 60p.: il. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PINTO A. A. M.; FRACOLLI L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v. 12, n. 4, p. 766-9, out/dez. 2010.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, s.n. Rio de Janeiro, set/dez. 2005.

SILVA, Kênia L.; SENA, Roseni R. de; SEIXAS, Clarissa T.; FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecno assistencial. *Rev Saúde Pública*, v. 44, n.1, p.166-76. 2010.

TOMAZ, José Batista C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v. 6, n.10, p.75-94, fev. 2002.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54. 2009.

Recebido em setembro de 2014
Reapresentado em abril de 2015
Aprovado em outubro de 2015