

UM OLHAR SOBRE O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: A VISITA DOMICILIAR*

A LOOK AT THE WORK OF THE COMMUNITY HEALTH AGENTS: THE HOME VISIT

UNA MIRADA SOBRE EL TRABAJO DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE LA SALUD: LA VISITA DOMICILIARIA

Milena do Prado Alves¹
Silvana Sidney Costa Santos²

Este estudo teve por objetivo descrever a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACM). Escolheu-se a visita domiciliar pela importância dessa atividade nas ações realizadas pelo ACS. O trabalho aconteceu numa Unidade Básica de Saúde do município de São José do Norte (RS). Como procedimentos acompanhou-se/observou-se dezesseis visitas domiciliares, utilizando-se um roteiro de observação sistemática, elaborado a partir do estabelecido pelo Ministério da Saúde. Os sujeitos do estudo compreenderam três ACS. Como resultado verificou-se que o ACS não segue as orientações do Ministério da Saúde quanto à realização da visita domiciliar. É por meio da visita domiciliar que o ACS atende de perto às necessidades da família referentes à promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. A realização das visitas domiciliares é uma preocupação nessa Unidade Básica de Saúde, devido ao baixo número de famílias visitadas no mês, tornando-se necessário mais investimento na supervisão do ACS, afim que ele realize essa ação com mais competência.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde. Enfermagem em Saúde Comunitária. Educação em Saúde.

This study aimed to describe the home visit carried out by Community Health Agents (ACS). The home visit was chosen because of its importance in the activities of the ACS. The study took place in a Basic Health Unit in the city of São José do Norte, RS. Sixteen home visits were followed and observed as part of the procedure. An itinerary of systematic observations was utilized as established by the Department of Health. Three ACS participated as subjects of the study. The results proved that the ACS do not follow the orientations of the Department of Health in regards to the home visit. It is through the home visit that the ACS tend to the needs of the family in reference to health promotion, protection, recuperation, and maintenance. Home visits are a concern to this Basic Health Unit due to the low number of families visited monthly. This illustrates the necessity to invest in the supervision of ACS, aiming to promote a more competent performance.

KEY WORDS: Community Health Agent. Community Health Nursing. Health Education.

* Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS).

¹ Enfermeira. Ex-aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rio Grande (FURG).

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da FURG/RS. Orientadora.

Este estudio tuvo por objetivo describir la visita domiciliar realizada por el Agente Comunitario de la Salud (ACS). Se eligió la visita domiciliar debido a la importancia de esa actividad en las acciones realizadas por el ACS. El trabajo se realizó en una Unidad Básica de Salud (UBS) del ayuntamiento de São José do Norte (RS). Como forma de procedimiento fueron acompañadas/observadas 16 visitas domiciliarias, utilizándose un rotero de observación sistemática elaborado a partir de criterios para la realización de visitas domiciliarias establecidos por el Ministerio de la Salud. Los sujetos del estudio comprenden que: tres ACS presentaron los aspectos éticos presentes en la Resolución 196/96. Como resultados se verificó que el ACS no sigue las orientaciones del MS, cuanto a la realización de la visita domiciliar. Es a través de la visita domiciliar que el ACS atiende de cerca las necesidades de las familias referentes a la promoción, protección, recuperación y mantenimiento de la salud. La realización de las visitas domiciliarias es una preocupación en esa Unidad Básica de Salud (UBS) debido al bajo número familias visitadas por mes, haciendo necesaria más inversión en la supervisión del ACS, con la finalidad de que él realice esa acción con más competencia.

PALABRAS CLAVE: Agente comunitario de salud. Enfermería em salud comunitaria. Educación en salud.

INTRODUÇÃO

Saúde para todos foi uma meta importante da Organização Mundial da Saúde (OMS); foi na verdade um marco da saúde no mundo. Essa meta, explicitada na Conferência de Alma-Ata, em 1978, deveria ser alcançada pelos governos, por meio da atenção primária à saúde e da participação comunitária. Para orientar o sistema de saúde na direção indicada pela Conferência Internacional de Alma-Ata, os Ministérios da Saúde de alguns países foram buscar inspiração na experiência da Medicina Comunitária. Com isso, foi sugerida a participação da comunidade, utilizando-se de tecnologias simplificadas nos cuidados básicos de saúde à população, com o oferecimento de serviços a baixo custo para ampliar o atendimento ao maior número possível de pessoas e comunidades. Levando em consideração esse contexto, surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (CORRÊA, 1995).

As primeiras ações do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ocorreu no Estado do Ceará, em 1987, com o intuito de melhorar as condições de saúde da população e reduzir os problemas mais sérios naquela região do país — o alto índice de morte ligada ao parto, para a mãe e a criança, a pouca proporção de mães que realizavam o aleitamento materno, o grande índice de óbitos causados pela desidratação resultante da diarreia. Outra intenção do PACS foi empregar, nas áreas mais pobres do Estado, mulheres que

poderiam melhorar sua condição social e estimular um posicionamento mais ativo de outras mulheres na sociedade (SILVA, 2002).

Com os resultados positivos obtidos pelo programa no Ceará, o governo federal optou por sua expansão para outros estados do Brasil. Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). Em 1992, o PNACS perdeu o termo *nacional*, passando a denominar-se PACS. Em novembro de 1994, o Programa encontrava-se implantado em 987 municípios de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, incluindo um total de 33.488 agentes (SILVA, 2002). No ano de 1996, o PACS foi incorporado nos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. No município de São José do Norte, teve início no dia 1º de setembro de 1998.

O Ministério da Saúde, quando instituiu o PACS, também objetivou ter nas equipes de saúde uma pessoa integrada na comunidade, que atuasse como um elo entre esta e os serviços de saúde, utilizando-se dos princípios geradores de ser um programa estratégico para contribuir na redução da mortalidade materno-infantil, ser um instrumento para provocar a discussão da organização e/ou reorganização dos Sistemas Locais de Saúde, ser um aglutinador de forças sociais para viabilizar a criação e/ou implementação dos Conselhos Municipais de Saúde, ser um mecanismo concreto

para interiorização e, sobretudo, uma ponta de lança para mobilização e organização das comunidades (SILVA, 2002).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é definido pelo Ministério da Saúde como um trabalhador que integra a equipe de saúde com a comunidade local, prestando cuidados primários a essas famílias, auxiliando-as a cuidarem da própria saúde, por meio de ações individuais e coletivas. Dessa forma, o ACS pode contribuir com seu trabalho educativo, juntamente com o trabalho da equipe de saúde, para proporcionar a reorganização/reconstrução do sistema de saúde vigente.

Silva (2001) entende que o agente comunitário é visto como um educador para a saúde. Ao orientar a comunidade para utilizar os serviços de saúde, torna-se um *captador* das necessidades, identificando prioridades e detectando casos de risco para a intervenção da equipe de saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) já se afiguram como modelos de atenção hegemônicos voltados para as necessidades de saúde e não apenas para a demanda espontânea ou para a oferta. Tais programas, no entanto, poderão constituir uma das *estratégias* de reorientação do sistema de saúde, na medida em que se aproximem dos processos de distritalização e do modelo de intervenção de *vigilância à saúde* (MENDES, 1996).

O PACS pode ser entendido como importante estratégia na formulação de um novo modelo assistencial fundamentado nos princípios do SUS: descentralização das ações de saúde; universalização do atendimento; resolutividade; participação da comunidade; organização dos serviços municipais de saúde; integração das ações; interiorização dos profissionais de saúde de nível superior. As ações desenvolvidas pelos ACS, portanto, além de contribuírem para a redução da morbi-mortalidade dos grupos de risco, geram informações que possibilitam aos municípios e ao Estado definir políticas de saúde que atendam às reais necessidades de saúde de cada Região (RIO GRANDE DO SUL, [19--]).

Para a implantação do PACS é necessário atender aos seguintes critérios: solicitar ao

Secretário Estadual da Saúde, por meio de ofício de adesão ao Programa; ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde; a existência do Fundo Municipal de Saúde, ou pelo menos conta específica; ter a presença do enfermeiro, com disponibilidade para assumir a coordenação do Programa no município, na proporção de um enfermeiro para, no máximo, 20 ACS; possuir um sistema de saúde contando com, pelo menos, uma unidade com atendimento à mulher e à criança; ter, no mínimo, uma Unidade de Saúde cadastrada no SIA/SUS (RIO GRANDE DO SUL, [19--]).

De acordo com a Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2004), o ACS deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: residir na área da comunidade em que atuar; ter concluído, com aproveitamento, curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; além de ter concluído o ensino fundamental.

Segundo Silva (2002), o recrutamento e a seleção do agente de saúde seguem oito etapas: preparação das coordenações estaduais, municipais e a união com o Conselho Municipal de Saúde; divulgação do processo de seleção à comunidade; inscrição das pessoas interessadas; elaboração das provas; aplicação da prova escrita; realização de entrevistas (individuais e coletivas); classificação e publicação dos resultados; contratação do agente, que é de responsabilidade da Prefeitura Municipal e por ela deve ser viabilizada.

São atribuições do enfermeiro no Programa: realizar cuidados diretos nas urgências e emergências, fazendo a indicação para a continuidade da assistência; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever e transcrever medicações, conforme estabelecido nos Programas do Ministério da Saúde e as Disposições legais da profissão; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; executar as ações de assistência integral para criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar diversas ações de saúde na USF e, se necessário, no domicílio; realizar as atividades nas áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na NOAS,

emitida em 2001; aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; organizar e coordenar a criação de grupos específicos como hipertensos, diabéticos, doentes mentais e outros; recrutar, selecionar, treinar, supervisionar e coordenar as ações dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

O treinamento dos ACS deve munir os de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, além da perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitem nas ações de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades (NUNES et al., 2002).

No Manual do Agente Comunitário de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, constam as ações e atividades que ele deve desenvolver. Em outro material, denominado *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*, de 1991, reeditado em 2000, encontram-se conceitos e conselhos a respeito de como trabalhar com saúde, o que é o agente, como trabalhar com a comunidade e realizar o diagnóstico comunitário (SILVA, 2002).

As atribuições dos ACS compreendem: realizar o cadastramento das famílias de sua base geográfica; levantar e mapear as condições de saneamento básico de sua área, identificando as situações de risco; realizar visitas domiciliares do plano de metas, elevando sua frequência nas situações que requeiram atenção especial; executar a vigilância de crianças consideradas de risco; acompanhar, pela aferição e registro do peso e medida, o crescimento e o desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos; promover a imunização de crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência; identificar e orientar as gestantes para a importância do pré-natal na unidade de saúde de referência; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes quanto ao pré-natal; realizar busca ativa de portadores de doenças infecto-contagiosas; acompanhar, o tratamento de pessoas com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT); realizar atividades de promoção da saúde do idoso; ser cordial no trato com a comunidade;

realizar outras ações e atividades que sejam definidas no planejamento local e/ou das equipes.

Para operacionalizar estas ações/atividades, os instrumentos mais utilizados pelos ACS são: a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias. Esses instrumentos de trabalho são indispensáveis para conhecer melhor as necessidades das pessoas de sua comunidade, ou seja, realizar o diagnóstico comunitário (BRASIL, 1995).

O ACS, segundo normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 1995, p. 32) é:

[...] um agente de mudanças quando procura aprender com sua comunidade, com as experiências das pessoas, com os profissionais de saúde, compartilhando o que foi aprendido com a própria comunidade. Agindo assim, estará sempre num processo de aprendizagem e transformação, crescendo junto com as pessoas da sua comunidade no entender, no saber e no fazer, não somente na área de saúde, mas também no despertar do potencial humano e da consciência coletiva.

O Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) propõem a orientação do modelo assistencial, tomando como foco a família em seu espaço físico e social, além de proporcionar à equipe de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, que permite intervenções para além das práticas curativas (FIGUEIRO, 2003). Essa proposição nos fascinou e por isso pensamos em desenvolver esta pesquisa.

Inicialmente desejávamos desenvolver o estudo "Um olhar sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no município de São José do Norte/RS", porém essa temática apresentou-se muito ampla. Assim, resolvemos pesquisar, dentro das atividades realizadas pelo ACS, o desenvolvimento da visita domiciliar, por ser uma das atividades-problema da Unidade Básica de Saúde onde o estudo foi realizado e foi palco de atividades dos estágios curricular e extracurricular da aluna, hoje enfermeira, e co-autora do estudo.

A visita domiciliar é um dos instrumentos da prática do PSF que proporciona a intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, utilizada pelos integrantes das equipes de saúde

(médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermeiros e agentes comunitários) para conhecer as condições de vida e saúde das famílias que estão sob sua responsabilidade (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2004). Além disso, é uma atividade que tem como objetivo atender de perto às necessidades das famílias referentes à saúde e proteção do meio, mediante o acompanhamento das famílias, a assistência à saúde no lar e, principalmente, o trabalho educativo.

Sendo a visita domiciliar considerada uma das ações não totalmente satisfatórias na UBS pesquisada, como já referido, formulamos a seguinte questão de pesquisa: como o Agente comunitário de Saúde (ACM) realiza a visita domiciliar?

Como justificativa desta pesquisa, destacamos o interesse de acompanhar mais de perto o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no município de São José do Norte, Rio Grande do Sul, Brasil, com o qual estivemos em contato durante os estágios realizados no Posto de Saúde desse município. Nessa ocasião, pudemos constatar que os ACS são sujeitos relevantes no processo de educação em saúde, já que essa ação não depende só dos serviços prestados pelas unidades de saúde, mas da própria comunidade que, motivada a refletir sobre saúde, pode adotar práticas para a sua promoção e prevenção. Estando inseridos nesta comunidade, os ACS podem auxiliar a população sob a sua responsabilidade a cuidar da própria saúde, por meio das orientações e do trabalho educativo que realiza.

Por compreender que o trabalho do agente comunitário de saúde é muito importante, na medida em que contribui para a promoção de uma atitude ativa e participativa das famílias e da comunidade para a proteção da saúde, transmitindo-lhes informações e conhecimentos adequados, além de proporcionar um elo entre a população e os serviços de saúde locais, definimos como objetivo desta pesquisa: descrever a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACM).

MATERIAL E MÉTODO

Para a concretização deste trabalho, optamos pela pesquisa descritiva e exploratória, escolhendo como local o município de São José do Norte, situado ao Sul do Rio Grande do Sul, em uma estreita faixa de terra situada entre a Laguna dos Patos e o Oceano Atlântico, que tem uma população de aproximadamente 23 mil habitantes. A colonização foi realizada por açorianos e depende economicamente do município de Rio Grande, que fica a 6 km por via visual (lacustre), sendo a travessia de pessoas e cargas realizada por meio de uma barca para veículos e quatro lanchas para passageiros. Esse município tem no cultivo de cebolas sua principal fonte de renda, oferecendo poucas oportunidades de emprego a seus habitantes. Por isso apresenta sérios problemas sociais e de saúde, sendo um dos municípios do Rio Grande do Sul com mais problemas sócio-sanitários.

Em agosto de 2004, quando foram coletados os dados deste estudo, esse município contava com 21 agentes de saúde, assim distribuídos: nove inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); e doze no Programa de Saúde da Família (PSF). Estes profissionais cobrem doze localidades; oito situadas na zona urbana e quatro na área rural. Compõem o trecho urbano, os bairros: Tamandaré (um ACS), Veneza (três ACS), Brasília (um ACS), Comendador Carlos Santos (três ACS), Cidade Baixa (dois ACS), Guarida (dois ACS) e a Povoação da Barra (um ACS). Na zona rural, estão: Gravatá (um ACS), Divisa (um ACS), Estreito (um ACS) e Bujurú (cinco ACS).

Pretendíamos acompanhar/observar nove agentes, mas não foi possível, devido a diversos fatores: três ACS são da zona rural, tornando-se inviável a observação, por serem localidades afastadas e de difícil acesso; uma estava de licença maternidade; outra em seu período de férias; e as demais, por não termos conseguido entrar em contato a tempo de acompanhá-las em suas visitas. Portanto, os sujeitos do estudo compreenderam três agentes comunitários de saúde inseridos no PACS.

Importante ainda acrescentar que foram acompanhadas/observadas 16 visitas domiciliares e três reuniões destas ACS com a enfermeira. Tais reuniões, geralmente, eram realizadas nas sextas-feiras à tarde e nos permitiram conhecer as orientações que os ACM recebiam sobre visita domiciliar.

Esclarecemos que houve autorização escrita dos ACS para participação no estudo, conforme a Resolução 196/96, mediante a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste documento constavam informações acerca dos objetivos, da liberdade de participar ou não do trabalho, bem como o esclarecimento de que a participação não resultava em risco à integridade física e/ou social dos sujeitos envolvidos. Este estudo não teve o parecer de um comitê de ética e pesquisa porque o Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde da FURG/RS (CEPAS) estava iniciando suas atividades.

Como procedimentos para a coleta dos dados, adotamos o agendamento do acompanhamento/visita com o ACS, e a observação das ações dos Agentes. Para tanto, utilizamos um roteiro de observação sistematizada, composto pelas etapas da realização de visitas domiciliares, pelo ACS, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, assim apresentado: ACS (identificado por um número); etapas; observação da realização dessas etapas; número de ocorrências das ações observadas; famílias visitadas.

Ao adotarmos o método da observação, atentamos para os seguintes passos: o que observar? Como será essa observação? Por que observar? Quem observar? Quando se dará essa observação? Onde observar? Para quê observar? De que forma será observado? Isso porque a observação, na pesquisa, tem o objetivo de responder a uma indagação específica. Trata-se de um processo consciente, podendo tornar-se sistematizada, pois, ao ser utilizada como método de investigação, estará exposta à compreensão de outras pessoas de maneira objetiva e formal (TRENTINI; PAIM, 1999).

RESULTADOS

Foram acompanhadas três ACS em 16 visitas domiciliares: um do Bairro Tamandaré; um do Bairro Brasília e um do Bairro Comendador Carlos Santos. Das pessoas/famílias visitadas, onze eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. O nível de escolaridade variava, sendo quatro idosos, que não sabiam ler nem escrever. O quadro clínico das pessoas acompanhadas era constituído por três puérperas; duas gestantes; um portador de necessidades especiais; dois adultos hipertensos, sendo um hipertenso e diabético; oito idosos, dentre eles, sete hipertensos e um que não apresentava intercorrência.

A metodologia para a realização das visitas domiciliares é a preconizada pelo Ministério da Saúde, conforme Quadro 1.

Descrição	Nº. de Ocorrências
1. Clareza quanto ao motivo da visita	5
2. Conhecimento do nome da pessoa visitada	16
3. Escolha adequada do horário da visita	16
4. Definição do tempo da visita	–
5. Sigilo das informações	16
6. Abordagem de outros assuntos	16
7. Explicar o porquê das perguntas realizadas	–
8. Realizar perguntas com a finalidade de adquirir novos pensamentos	8
9. Estimular e elogiar as novas realizações	16
10. Aprazamento da próxima visita domiciliar	–
Nº TOTAL DE VISITAS	16

QUADRO 1 – ETAPAS DA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR PELO ACS DE ACORDO COM O MS E NÚMERO DE OCORRÊNCIAS ACOMPANHADAS/OBSERVADAS, SÃO JOSÉ DO NORTE/RS, 2004.

Analisando os dados coletados, pudemos verificar que em cinco das 16 visitas realizadas os ACS tinham clareza quanto ao motivo de sua realização; em todas as visitas realizadas, eles não seguiram as definições de tempo, que, conforme o MS, é de uma hora por visita (alguns se demoraram

muito, outros aceitaram lanches e cafezinhos); não explicaram a razão das perguntas realizadas; e não realizaram o aprazamento da próxima visita domiciliar.

Quanto às reuniões entre os ACS e a enfermeira, pudemos observar: na primeira, cada agente falava como tinha ocorrido sua semana; na segunda, descreviam para a enfermeira a ocorrência e o registro de novos casos; e na terceira, formulavam perguntas e tiravam dúvidas. A enfermeira expunha algumas novidades sobre o trabalho, transmitia alguns recados, levava o livro de ponto para ser assinado e colocava em discussão alguns assuntos, a exemplo do baixo número de famílias visitadas no mês, sendo esse um dos principais problemas enfrentados por aquela UBS. Em seguida, eram discutidas propostas para reverter a situação. Alguns ACS defendiam-se, alegando o grande número de famílias que deveriam acompanhar. A relação entre os ACS e a enfermeira apresentava-se sem conflitos. As dificuldades quanto à realização das visitas domiciliares, porém, persistiam.

DISCUSSÃO

Alves (1990) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994) destacam que, na realização da visita domiciliar, o motivo deve ser exposto claramente. Entretanto os dados coletados evidenciaram que os ACS cumpriram esse critério em apenas cinco das 16 visitas domiciliares realizadas. Com isso, torna-se evidente a necessidade de ressaltar a importância de informar às pessoas o porquê da visita domiciliar, sua utilidade e valor, servindo como instrumento para o planejamento de uma assistência apropriada.

Quanto ao fato de saber o nome da pessoa visitada, as ocorrências foram unânimes. Em todas as visitas domiciliares realizadas, os ACS conheciam bem o usuário e sua família. O valor dessa ação demonstra o interesse desses profissionais pelas pessoas visitadas, além de prestar uma assistência mais humanizada.

A escolha de um horário de visita domiciliar mais adequado também foi analisada. Em todas as

visitas observadas, os ACS acataram essa recomendação, mostrando, dessa forma, o respeito à privacidade das famílias. Nenhum ACS, entretanto, definiu o tempo de duração de cada visita, ainda que, conforme recomendação do Ministério da Saúde, seja de uma hora para cada visita domiciliar. É necessário ter a sensibilidade de saber se as pessoas querem ou não conversar mais um pouco e não tomar-lhes muito tempo.

Na opinião de Takahashi e Oliveira (2004), para que a visita domiciliar não se configure apenas como uma mera atividade social, ela necessita ser planejada e sistematizada, para que possa efetivamente contribuir, sendo parte de um arsenal de intervenções disponíveis às equipes de saúde.

Em relação ao sigilo das informações obtidas nas visitas, foi constatado que os ACS não repassavam os dados de uma família para outra. Assim, pôde-se verificar que esses profissionais realizam suas atividades respeitando a ética. É importante notar também que, ao abordar outros assuntos, como o trabalho, o que as pessoas gostam de falar, a casa, as crianças, o ACS pode obter a confiança e o respeito dos clientes, facilitando a relação interpessoal com essas pessoas.

Na compreensão de Gomes e Kulenkamp (1995), a visita domiciliar é um meio que a unidade de saúde tem para conhecer a realidade e complementar os dados para melhor compreender a clientela.

Os ACS não explicavam a razão das perguntas formuladas em cada visita. Essa etapa é importante, pois as pessoas devem compreender o objetivo das indagações, sejam elas relacionadas à prevenção de doenças, promoção e proteção da saúde, recuperação e manutenção da assistência. Em oito das 16 visitas observadas, os ACS enunciaram perguntas que levaram as pessoas a pensar em novas maneiras de *fazer*, a exemplo dos benefícios da ingestão de água para a saúde.

Conforme Prestes, Santos e Martini (1995), a visita domiciliar é um método de assistência à família e/ou indivíduos que, por algum motivo, é mais adequado que seja proporcionada em seu domicílio.

É interessante ressaltar que nas 16 visitas domiciliares acompanhadas, os ACS estimulavam e elogiavam os progressos que as famílias demonstravam, motivando as novas realizações.

Em nenhuma das visitas houve aprazamento, embora a família deva ser comunicada quanto à próxima visita, para poder definir o melhor horário e estabelecer metas e acordos a serem cumpridos, até a próxima visita do ACS.

O programa de visita domiciliar, no Brasil, é uma prática que visa conhecer os membros da família, com suas aspirações e problemas; saber seus principais problemas de saúde; descobrir suas condições de moradia, trabalho, hábitos, crenças, costumes, valores; descobrir o que as pessoas precisam saber para cuidar melhor de sua saúde; ajudá-las a pensar sobre seus problemas de saúde e a organizar suas ações para resolvê-las; descobrir quais famílias precisam de um acompanhamento mais freqüente; prestar assistência à saúde no domicílio; transmitir-lhes práticas e conhecimentos de saúde que lhes permitam intervir de forma mais atuante e consciente em seu processo saúde-doença; encaminhá-las a serviços de saúde e outros que se fizerem necessários, conforme seus problemas (BRASIL, 1997).

CONCLUSÃO

Nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS do município de São José do Norte/RS, observadas neste estudo, verificamos que mesmo não sendo seguidos rigidamente os passos da técnica de visita domiciliar recomendados pelo Ministério de Saúde, algumas questões foram bastante relevantes: o conhecimento dos nomes das pessoas/família visitada; adequação do horário à necessidade da família; sigilo das informações; elogios direcionados à família por algo positivo que tenha realizado e outras ações. As situações em que não foram seguidas essas recomendações têm sua importância, mas não ultrapassaram o envolvimento, o compromisso e a responsabilidade do ACM com a família visitada. Ao chegar em cada domicílio, os ACS eram bem recebidos pelos moradores, mostrando uma relação de amizade e entrosamento com as famílias. Essas

foram questões bastante positivas ao andamento de suas ações. A visita domiciliar realizada pelos ACS estudados contemplou, portanto, as orientações do MS, embora não tenham sido seguidas na íntegra. É preciso, entretanto, que o ACS compreenda e aceite seguir amplamente o recomendado, para valorizar ainda mais a visita domiciliar e torná-la uma prática efetiva.

Como sugestão, propomos que o agente comunitário de saúde tenha maior acompanhamento na atividade *visita domiciliar*, o que pode ser intensificado em reuniões mais freqüentes com a enfermeira e, principalmente, com sua supervisão direta.

Este estudo evidenciou o valor do trabalho realizado pelo ACS e reacendeu uma preocupação e um compromisso para o *fazer* profissional da enfermeira: sendo a visita domiciliar uma atividade de grande importância para o *andamento* do PACS/PSF, o que fazer para implementá-la e atribuir-lhe cada vez mais importância?

REFERÊNCIAS

- ALVES, C.C. **Educação para a saúde**. Porto Alegre: SSMA-RS, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 10.507, de 10 de julho de 2002**. Disponível em: <www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/legis/Leis/Leis_doc/10507_02.doc> Acesso em: 23 abr. 2004.
- CORRÊA, M.E.G. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.
- FIGUEIRO, N.M.A. de. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem, 2003.
- GOMES, D.F.; KULENKAMP, O.C.S. **Subprojeto de assistência de enfermagem ao cliente oncológico, família e comunidade a nível domiciliar**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- NUNES, M.O. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2002.
- PRESTES, L.M.N.; SANTOS, S.C. dos; MARTINI, S. de. **Projeto de assistência integral de enfermagem ao cliente oncológico em fase terminal, em nível domiciliar, englobando orientação e prevenção a família e a comunidade local**. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Enfermagem, 1995.
- RIO GRANDE DO SUL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Porto Alegre: [19--].
- SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.
- SILVA, J.A. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A. C. **A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família**. Manual de Enfermagem. Disponível em: <http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/modelo_tema1.asp>. Acesso em: 29 nov. 2004.
- TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente- assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.