MARGARETE KNOCH MENDONÇA

Licença, posso entrar?
As visitas domiciliares nos programas de Agentes
Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Área de concentração: Medicina
Preventiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Flávia Pires
Lucas D'Oliveira

São Paulo
2008

MARGARETE KNOCH MENDONÇA

Licença, posso entrar?
As visitas domiciliares nos programas de Agentes
Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Área de concentração: Medicina
Preventiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Flávia Pires
Lucas D'Oliveira

São Paulo
2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Mendonça, Margarete Knoch

Licença, posso entrar? As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade / Margarete Knoch Mendonça. -- São Paulo, 2008.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira.

Descritores: 1.Visita domiciliar 2.Programa Saúde da Família 3.Assistência integral à saúde 4.Atenção primária à saúde 5.Auxiliares de saúde comunitária

USP/FM/SBD-083/08

Dedico com carinho este estudo...

Aos meus pais, Johannes (*in memoriam*) e Edeltraud, que me ofereceram, além do amor e carinho, os referenciais de vida.

Aos profissionais de saúde que sonham, acreditam e fazem o trabalho de saúde ser um encontro de cuidado e valorização da vida.

AGRADECIMENTOS

Um livro é como uma casa. Tem fachada, jardim, sala de visitas, quartos, dependência de empregada e até mesmo cozinha e porão. Suas páginas iniciais, como aquelas conversas cerimoniais que antigamente eram regadas a guaraná geladinho e biscoito champagne, servem solenemente para dizer ao leitor (esse fantasma que nos chega da rua) o que se diz normalmente a uma visita de consideração. Que não repare nos móveis, que o dono da morada é modesto e bem intencionado, que não houve tempo para limpar direito a sala e arrumar os quartos. Que vá, enfim, ficando à vontade e desculpando alguma coisa...

Por trás do formalismo óbvio há sempre a regra de ouro da hospitalidade, que se traduz pura e simplesmente no respeito pela pessoa da visita e na satisfação de tê-la dentro do nosso teto, querendo conversar conosco. Aliás, melhor dizendo, são precisamente essas normas de recepção que amortecem a passagem entre a casa e a rua e, simultaneamente, nos fazem anfitriões, transformando — por outro lado — o estranho, o parente e até mesmo o inimigo ou o estrangeiro numa “visita”.

“Conversa para receber o leitor”

A casa & a rua

Roberto DaMatta

Parafraseando DaMatta, uma tese é como uma casa.

Nesta, a construção teve início em 2004 e finalizou-se em 2008. Como todos nós sabemos, a construção de uma casa é uma empreitada que surge a partir de uma idéia, um sonho, reiterada pela necessidade de se ter um lar, um abrigo para se sentir seguro, mas também para que seja um espaço de encontro com os amigos e para compartilhar experiências.

É também um trabalho, na mais ampla concepção da palavra. Assim, na fase de construção obtive os mais diversos tipos de ajuda e aproveitamento para agradecer a

todos que muitíssimo me auxiliaram. Saibam com certeza que cada ajuda recebida foi fundamental para o término desta obra.

Quero agradecer a todos que estiveram ao meu lado durante esse processo:

À Prof.^a Dr.^a Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, orientadora desta pesquisa, pela participação efetiva ao longo de todo o processo, desde a concepção e execução até o “acabamento final”. Sua segurança, seriedade e competência, permeadas com afeto, foram fundamentais.

À “Casa Dr. Arnaldo”, representada pelos docentes e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e, de maneira mais próxima, aos Professores Doutores Lilia Schraiber, Moyses Goldbaum, José Ricardo Ayres, Paulo Elias, Amélia Cohn, Maria Tereza e também aos funcionários Lílian e Ricardo Góes, pela acolhida e ensinamentos.

Aos Professores Doutores Antonio Carlos Nascimento Osório, Ana Luiza Viana e Hillegonda Maria Dutilh Novaes, pelo interesse e reconhecimento do valor da pesquisa e pelas importantes contribuições no exame de qualificação.

À Coordenação de Pós-Graduação da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por todo o apoio, e em especial à Prof.^a Dr.^a Célia Maria da Silva Oliveira e às funcionárias Daizy e Leonor.

Às minhas colegas e amigas do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pelo incentivo, e particularmente às professoras Iara Cristina, Elizabeth Zaleski, Arminda de Pádua, Ana Paula Sales e Zuleide Durey, por assumirem os meus encargos docentes durante o período do doutorado.

A todos os profissionais das equipes de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, pela receptividade do projeto de pesquisa e auxílio no trabalho de campo, e em especial aos integrantes da COGEPACS-PSF, Controle da Dengue, e equipes de PACS e PSF participantes deste estudo, pela disponibilidade e apoio. Enfim, vocês são os mais importantes participantes deste trabalho.

Aos profissionais da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, pela dedicação e disponibilidade para a pesquisa.

Aos usuários que durante as visitas domiciliares “abriram as portas” e trouxeram experiências, mostrando o valor do encontro realizado com saber, respeito, ética e responsabilidade.

À minha amiga Marisa Dias, pelo total desprendimento e apoio incondicional dedicado à minha família, o que me serviu como “uma viga que segura toda uma construção”.

À minha querida mãe Edeltraud e aos meus irmãos Arno, Reinhard, Christamaria, Friedrich e Theodor, pelos laços fortes que nos unem, apesar da distância e do tempo.

A Marco Antonio, Paula e Isabella, minha família querida, pelo amor, compreensão, paciência e suporte, e por compartilharem comigo todos os momentos da construção desta tese. Saibam que é sempre muito bom voltar para casa e estar de volta ao aconchego.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo Apoio Financeiro que possibilitou a execução deste trabalho.

Às muitas outras pessoas que me ajudaram no decorrer da construção deste trabalho e que não estão aqui nomeadas, meu muito obrigada.

*Daquilo que eu sei
Nem tudo me deu clareza
Nem tudo foi permitido
Nem tudo me deu certeza
Daquilo que eu sei
Nem tudo foi proibido
Nem tudo me foi possível
Nem tudo foi concebido
Não fechei os olhos
Não tapei os ouvidos
Cheirei, toquei, provei
Ah! Eu usei todos os sentidos
Só não lavei as mãos
E por isso que eu me sinto
cada vez mais limpo
Cada vez mais limpo
Cada vez mais. . .*

“Daquilo que eu sei”

Ivan Lins

Esta tese foi redigida de acordo com a seguinte fonte:

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

As referências obedecem às diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, anteriormente denominado Vancouver Group).

As abreviaturas dos títulos dos periódicos obedecem à *List of journals indexed in Index Medicus* (LJI).

SUMÁRIO

Introdução	1
PARTE I. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO	8
Capítulo 1. O SUS e a emergência da atenção básica	9
Capítulo 2. O PACS e o PSF e as interfaces com a visita domiciliar	12
2.1 Recontando a história do PACS e PSF	12
2.2 Avaliação e monitoramento das visitas domiciliares	25
2.3 Características da visita domiciliar no PACS e PSF	30
PARTE II. REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	40
Capítulo 3. Referenciais teóricos	41
3.1 Atenção primária	41
3.2 Modelos de organização tecnológica do trabalho em saúde	43
3.3 Integralidade em saúde	51
Capítulo 4. O percurso metodológico	57
4.1 Cenário do estudo: Campo Grande e a estruturação da atenção básica	59
4.2 Trabalho de campo	65
4.3 A observação direta	69
4.3.1 Observação das visitas domiciliares	71
4.3.2 Entrevistas	72
4.3.3 Perfil dos sujeitos entrevistados	77
4.4 Análise dos dados	82
PARTE III. AS VISITAS	84
Capítulo 5. As visitas domiciliares na ótica dos coordenadores	85
5.1 “A visita é muito importante, mas...”: a concepção da Coordenação Estadual	85
5.2 “É preciso haver critérios para a realização das visitas”: a concepção da Coordenação Municipal	92
5.2.1 Sobre a Coordenação Municipal	92
5.2.2 A implantação do PSF e as visitas domiciliares em Campo Grande	94
5.2.3 Busca de critérios para as visitas: o caso de Campo Grande	100
Capítulo 6. A visita domiciliar do ACS e a interface com o PNCD	107
6.1 Sobre a coordenação local do PNCD	107
6.2 Treinamento dos profissionais	108
6.3 Peculiaridades das visitas domiciliares do PNCD	117
6.4 A visita domiciliar e a integração dos programas	125
Capítulo 7. As equipes e a inserção das visitas domiciliares na dinâmica de trabalho	133
7.1 Descrição geral das equipes	133
7.2 Dinâmica de trabalho das equipes de PACS e PSF	135

7.2.1 Equipe PACS 1	135
7.2.2 Equipe PACS 3	138
7.2.3 Equipe PACS 5	141
7.2.4 Equipe PSF 2	145
7.2.5 Equipe PSF 4	149
7.2.6 Equipe PSF 6	154
7.3 Reflexões sobre a inserção da visita na dinâmica de trabalho	159
Capítulo 8. O que antecede a visita: critérios para indicação das visitas domiciliares	165
8.1 Nas equipes do PACS	165
8.2 Nas equipes de PSF	174
8.3 Reflexões sobre os critérios para as visitas	185
Capítulo 9. A visita domiciliar do agente comunitário de saúde	189
9.1 Rotina de trabalho: diária, semanal e mensal	189
9.2 O percurso até a casa, o horário e a abordagem inicial	192
9.3 Primeira visita	198
9.4 O que ocorre durante as visitas domiciliares dos ACS	200
9.4.1 Quem é o alvo da visita?	200
9.4.2 Os conteúdos e as atividades realizadas	207
9.5 Aspectos interacionais	211
9.6 Detecção de demandas, encaminhamentos e solicitações de visitas domiciliares ..	218
9.7 Registro e avaliação da visita domiciliar	222
9.8 “Ah, eu não posso atender agora”: lidando com as recusas	226
9.9 Limites entre caridade e direitos	232
Capítulo 10. A visita domiciliar dos profissionais de nível superior e médio	235
10.1 Visita domiciliar do enfermeiro.....	235
10.2 Visita domiciliar do técnico de enfermagem	245
10.3 Visita domiciliar do médico	249
10.4 Visita domiciliar do assistente social	259
10.5 Reflexões sobre o trabalho em equipe	263
10.6 Transporte e material.....	269
10.7 O horário e a duração das visitas	271
10.8 Registro, acompanhamento e avaliação	274
Capítulo 11. “Pois não, pode entrar”: os usuários falam sobre as visitas domiciliares	277
Capítulo 12. “O bom da visita é o depois”: a visita domiciliar e os diversos matizes da integralidade	291
12.1 A visita domiciliar como prática integradora na atenção básica: suas repercussões e tensões	291
12.1.1 A visita domiciliar como locus de ação da equipe	292
12.1.2 A visita domiciliar como via de ampliação do acesso	295
12.1.3 A visita e a adesão ao tratamento	300
12.1.4 A visita domiciliar e a prevenção	302

12.1.5 A visita domiciliar como apoio aos cuidadores	304
12.1.6 A visita domiciliar, a longitudinalidade e o vínculo	306
12.2 A visita domiciliar e a integração com os níveis secundário e terciário	310
12.3 Enfoque familiar	313
12.4 Intersetorialidade	316
12.5 A visita domiciliar no PACS e PSF	318
Considerações finais	321
 Anexos	 330
Referências	340
Apêndices	351

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1. Área de abrangência dos programas Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Campo Grande, MS, 2004-2005	64
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1. Visitas domiciliares acompanhadas pela pesquisadora durante o trabalho de campo. Campo Grande, 2005-2006	72
Quadro 4.2. Profissionais (exceto agentes comunitários de saúde) das unidades do PACS, segundo função, sexo, idade, escolaridade, tempo decorrido desde a formação e tempo de atuação na atual equipe. Campo Grande, 2005-2006	78
Quadro 4.3. Agentes Comunitários de Saúde das unidades do PACS, segundo sexo, idade, escolaridade e tempo de atuação na atual equipe. Campo Grande, 2005-2006	78
Quadro 4.4. Usuários do PACS, segundo sexo, idade, grau de escolaridade, atividade profissional e tempo de residência no bairro. Campo Grande, 2005-2006	79
Quadro 4.5. Profissionais (exceto agentes comunitários de saúde) das unidades de PSF segundo função, sexo, idade, escolaridade, tempo decorrido desde a formação e tempo de atuação na equipe. Campo Grande, 2005-2006	80
Quadro 4.6. Agentes Comunitários de Saúde do PSF, segundo sexo, idade e tempo de atuação na atual função. Campo Grande, 2005-2006	80
Quadro 4.7. Usuários do PSF, segundo sexo, idade, grau de escolaridade, atividade profissional e tempo de residência no bairro. Campo Grande, 2005-2006	81
Quadro 4.8. Coordenadores do PACS, PSF e PNCD, segundo função, sexo, idade, escolaridade, área de formação, tempo decorrido desde a formação e tempo de atuação na atual função. Campo Grande, 2005-2006	82
Quadro 6.1. Diferenças entre o PNCD e o PACS–PSF	130
Quadro 9.1. Situações detectadas por ACS e que resultaram em solicitações de visita domiciliar a outro profissional	220

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AS	Assistente social entrevistado
CD	Coordenador do PNCD, entrevistado
CE	Coordenador estadual do PACS e PSF, entrevistado
CM	Coordenador municipal do PACS e PSF, entrevistado
E	Enfermeiro entrevistado
G	Gerente entrevistado
M	Médico entrevistado
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
REMUS	Rede Municipal de Saúde
SA	Supervisor de área do PNCD, entrevistado
SECOVE	Serviço de Controle de Vetores
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande
SIAB	Sistema de Informação Básica
ST	Supervisor técnico do PNCD, entrevistado
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnico de enfermagem entrevistado
U	Usuário entrevistado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar as características das visitas domiciliares nos programas Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e sua possível contribuição para o alcance da integralidade. Em ambos os programas, a visita domiciliar apresenta-se como uma ação emblemática, como evidenciado pela designação de um profissional específico para essa atividade (o agente comunitário de saúde), embora se recomende que seja realizada por todos os profissionais de saúde. A integralidade foi buscada como representando um norte para a atenção primária, através de características do processo de trabalho em saúde. A metodologia adotada foi a pesquisa de tipo qualitativo, sendo os dados empíricos obtidos por meio de entrevistas com profissionais e usuários e pela observação do cotidiano de três equipes de agentes comunitários de saúde e três equipes de Saúde da Família em Campo Grande, MS, de novembro de 2005 a julho de 2006. A análise dos dados aponta que as coordenações estadual e municipal dos programas incentivam as visitas, mas consideram serem necessários critérios para as solicitações de visitas, definição do profissional que as realizará e mecanismos de avaliação, especialmente no que se refere às visitas feitas por profissionais com formação universitária. Na dinâmica de trabalho das equipes pesquisadas, as formas de organização do trabalho são diversas, podendo favorecer ou dificultar a realização das visitas domiciliares. As visitas são solicitadas majoritariamente por agentes comunitários de saúde, respondendo a demandas de usuários, ou decorrem de demandas internas dos serviços, com variados enfoques quanto às finalidades, conteúdos e prioridades. Os profissionais apontam como aspectos positivos das visitas uma leitura ampliada da realidade, das dinâmicas familiares, das condições de vida e das necessidades dos usuários, permitindo implementação de medidas preventivas e assistenciais e o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe de saúde. No entanto, evidenciam-se tensões relacionadas com o tipo de solicitações dos usuários, predominantemente de caráter clínico, muitas vezes requerendo referências secundárias e terciárias, nem sempre presentes. Por outro lado, a pobreza e as precárias condições de

vida dos usuários, características das populações cobertas pelos programas, geram demandas de ações de assistência social, moradia, educação e trabalho, entre outras, que muitas vezes também permanecem sem resposta ou são tratadas de forma caritativa. Além disso, existem dificuldades relacionadas a horários, percursos, transporte e abordagem dos moradores durante as visitas, além de situações de resistência, de recusa e de contato com famílias em precárias condições de vida. Constatou-se que para atingir sua potencialidade de estimular a integralidade, a visita requer trabalho em equipe e respeito e singularização dos usuários. As visitas domiciliares constituem uma prática com potencial integrador, favorecendo o desenvolvimento de ações no domicílio, a ampliação do acesso à unidade de saúde, a adoção de medidas preventivas, a adesão ao tratamento, o apoio aos cuidadores e a longitudinalidade. No entanto, apesar de potencialmente aumentarem a visibilidade de problemas de difícil abordagem, como alcoolismo, violência doméstica ou sexualidade, as visitas domiciliares não os tomam como objetos de trabalho, geralmente evitando essas situações nos domicílios. As visitas podem colaborar com a integração com os níveis secundário e terciário, com a abordagem familiar e com o desenvolvimento de ações intersetoriais, sempre que houver incentivo e condições para isso. A atividade é, porém, permeada de tensões, por seu caráter por vezes autoritário e de intromissão na vida privada, pelas frágeis condições de trabalho e por sua utilização como atenuante de deficiências no atendimento nas unidades de saúde e na ação do poder público em problemas estruturais.

Descritores: Visita domiciliar; Programa Saúde da Família; Assistência integral à saúde; Atenção primária à saúde; Auxiliares de saúde comunitária

SUMMARY

The purpose of this study was to analyze the profile of home visits in the Brazilian health care programs 'Community Health Agents' and 'Family Health' with regard to their potential contribution toward integrality in health services. In both programs home visits occupy a prominent position, as shown by the assignment of a specific professional to carry out this activity—the community health agent—although performance of the visit is recommended for all health professionals. Integrality was the guiding principle intended for primary care, configuring the features of the work process in the health area. The methodology adopted was that of qualitative research. Empirical data were collected by interviewing health professionals and users and by observing the daily activities of three teams of community health agents and three teams of the Family Health Program in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, from November 2005 to July 2006. The activity is encouraged by program coordinators at the state and county level, who recognize the need for developing criteria for defining which newly detected cases should warrant the performance of home visits and which professionals should be assigned to perform them, in addition to mechanisms for evaluation of the activity, particularly in the case of home visits performed by health professionals holding higher education degrees. With regard to the operative dynamics of the teams investigated, workflow was found to be organized in various ways, which may facilitate or hinder the performance of visits. Most home visits are requested by community health agents in response to demands of users, but they can also be requested by the service itself, in response to internal demands, and the focus of the activity may vary in terms of purpose, content, and level of priority. According to the professionals interviewed, home visits have a number of positive aspects, as they provide a broader perception of reality, family dynamics, living conditions, and needs of users, in addition to facilitating the implementation of preventive and assistance measures and strengthening the connection between users and health care team. Nonetheless, the activity has inherent tensions, as those related to the type of requests placed by users, mostly of clinical nature, which may require secondary and

tertiary care approaches, not always available. On the other hand, poverty and unfavorable living conditions, typical of the population assisted by the programs, generate demands for actions related to social assistance, housing, education and work, among many others, which often are not dealt with at all or are managed with a charitable focus. Additional difficulties involve schedules, transects, transportation, manner of establishing first contact and relating to residents during the visits, situations of resistance or refusal by residents, and the very contact with families living in dire conditions. It was found that in order to exert its potential for promotion of integrality, home visits require not only teamwork, but also respect for users and recognition of their singularity. Home visits have an integrative potential, facilitating the performance of health-related actions in the home setting, promoting broader access to health care units, encouraging adoption of preventive measures, adherence to treatment, and support to caretakers, and fostering the development of longitudinality. However, in spite of their potential for facilitating the perception of issues requiring a more sensitive approach, such as alcohol consumption, domestic violence, or sexuality, home visits do not take these occurrences as their object of action, but usually avoid direct contact with such situations. Visits also aid in the integration with secondary and tertiary levels, are valuable in the establishment of a family-focused approach, and are advantageous to the development of intersectoral actions whenever favorable conditions and incentive are available. The activity, however, is not without tensions. In some instances, its focus is authoritarian and intrusive into private life; working conditions are fragile; and visits play the extra role of lessening deficiencies in services and in the governmental ability to tackle structural issues.

Descriptors: Home visit; Family Health Program; Comprehensive health care; Primary health care; Community health aides

INTRODUÇÃO

O início de uma pesquisa muitas vezes está relacionado com o interesse e com as inquietações que mobilizam seu autor a conhecer melhor determinado assunto. Assim, a escolha do tema do presente estudo está inserida em minha trajetória profissional, pois, de maneira geral, o binômio saúde–domicílio sempre despertou minha atenção, por estar focado nas situações em que o contexto domiciliar é o espaço para as ações de saúde realizadas pela família ou por terceiros. Eu percebia haver nesse ambiente “algo diferente”, que contrastava com a prática de saúde em outros locais, como hospitais e unidades básicas de saúde (UBS). Tal contraste suscitava-me uma inquietação: a de estudar melhor que diferença seria essa e que possibilidades, contradições e ambigüidades ela encerraria.

Assim, meu interesse no curso de mestrado foi conhecer a realidade dos cuidadores informais de doentes com câncer em domicílio e compreender o cuidado domiciliar na perspectiva dos próprios cuidadores. Esse estudo foi empreendido de 1994 a 1998 e coincidiu com o debate sobre desospitalização e modalidades de assistência domiciliar como alternativas ou opções complementares necessárias ao modelo assistencial da época.

O presente estudo dá seqüência a esse interesse pelas questões do cuidado domiciliar na saúde, fortemente influenciado por minha atividade como docente da área de enfermagem em saúde coletiva. Dessa forma, sentia a necessidade de estudar o domicílio, local por excelência da vida privada, como espaço de intervenção em saúde, especialmente por perceber a importância dada ao domicílio nas políticas e projetos de saúde recentes, especialmente de atenção primária.

As práticas de saúde em domicílio sempre existiram, mas ao longo da história adquiriram diferentes configurações. Nos últimos anos, essas práticas vêm se alterando segundo as finalidades da política de saúde, a clientela atendida e os profissionais envolvidos.

Atualmente, a atenção domiciliar é um “termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio” (Brasil, 2006a), podendo ser desempenhada por vários profissionais com diversas propostas na rede pública e privada.

Dessa forma, o objeto delimitado para este estudo foi a ida dos profissionais de saúde ao domicílio, genericamente denominada ‘visita domiciliar’. Nesta pesquisa, a opção concentra-se na organização dessa prática a partir das propostas das políticas de saúde, especialmente de atenção primária. Neste estudo, utilizaremos a expressão ‘atenção primária’ para designar uma perspectiva teórico-prática mais ampla relacionada a modelos e organização dos sistemas de saúde (Gil, 2006).

No Brasil, a denominação ‘Atenção Básica’ foi adotada a partir de 1999 pelos órgãos oficiais para designar os serviços de saúde organizados no âmbito municipal. A denominação, portanto, corresponde ao conjunto de programas governamentais, especialmente o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) (Gil, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006b), estabelece o PSF como estratégia prioritária organizadora e o PACS como possibilidade para reorganização *inicial* (grifo nosso) da atenção básica.

Ambas as propostas enfatizam a utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade a fim de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, funcionando preferencialmente como contato dos usuários com o sistema de saúde. Orientam-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006b).

Entre as várias atribuições gerais preconizadas para os profissionais do PSF e do PACS, consta a realização de cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e em outros espaços comunitários, como escolas e associações. Destaca-se a inclusão do agente comunitário de saúde (ACS) no PACS e PSF, cuja atribuição específica é a realização das visitas domiciliares para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde, bem como o acompanhamento de todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe (Brasil, 2006b).

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2008a), até novembro de 2007 o PSF estava implantado em 5 124 municípios brasileiros, correspondendo a 92,09% do total dos municípios, contando com 27 311 equipes, com cobertura populacional de aproximadamente 47%. O PACS, por sua vez, estava implantado em 5 264 municípios, perfazendo 94,60% do total dos municípios, com 210 906 ACS e cobertura populacional de aproximadamente 60%.

No Brasil, todas as famílias e todos os atendimentos feitos no PSF e PACS estão registrados no Sistema de Informação Básica (SIAB). Até setembro de 2007, estavam cadastradas 29 525 467 famílias, havendo sido realizadas 262 554 821 visitas domiciliares desde o início daquele ano (Brasil, 2008b). Para fins de avaliação e monitoramento da atenção básica, propôs-se em 2001 utilizar como indicador a média mensal de visitas domiciliares por família (Brasil, 2001a).

No presente estudo, o interesse em focalizar essa prática na atenção básica decorre de sua importância e do destaque a ela conferido nas diretrizes dos dois programas, e também por ser uma atividade amplamente realizada pelos profissionais que a eles estão vinculados.

Na revisão de literatura, constatamos vários materiais do Ministério da Saúde e artigos que valorizam a visita domiciliar como atividade importante para a mudança de modelo assistencial ou para a integralidade (Brasil, 2001b; Canesqui, Oliveira, 2002; Valentin e Kruehl, 2007).

Nesse sentido, despertou nossa atenção o estudo *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos*, promovido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002a; Escorel *et al.*, 2007), no qual o eixo de análise 'integralidade da atenção' correspondeu à garantia de acesso integral, ao atendimento oportuno, às atividades intersetoriais e às atividades extramuros, que incluem reuniões com a comunidade e visitas domiciliares, investigando também a frequência e regularidade com que as visitas são efetuadas.

Outros trabalhos analisam a opinião dos profissionais sobre a visita e, embora reconheçam aspectos positivos, não compartilham uma visão uniforme quanto a seu conceito e trazem achados que apontam a visita como tendo função

menos propriamente integradora e mais autoritária e fiscalizadora (França, Pessoto e Gomes, 2006; Giacomozzi e Lacerda, 2006; Sakata *et al.*, 2007).

Cientes da complexidade e diversidade das situações na atenção básica e de configurações das visitas domiciliares, reunimos algumas indagações que nos motivaram a construir o delineamento deste estudo: Como a visita se insere na dinâmica de trabalho das equipes? O que acontece durante as visitas e quais são os conteúdos abordados? De que maneira a visita poderia contribuir para a transformação do modelo tecno-assistencial? Quais seriam as potencialidades das visitas para o alcance da integralidade?

Dada a amplitude do tema e seus possíveis desdobramentos, nosso objetivo geral foi analisar as visitas domiciliares no PACS e PSF e suas possibilidades de alcance da integralidade, com os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a inserção das visitas na dinâmica de trabalho da equipe e sua articulação com a unidade de saúde.
- Identificar as situações em que são solicitadas visitas domiciliares pelos profissionais de saúde.
- Analisar os objetivos, os principais conteúdos abordados, as necessidades identificadas, as ações propostas, os saberes e os instrumentos mobilizados na visita domiciliar.
- Analisar as concepções dos usuários acerca das visitas domiciliares.
- Analisar as tensões, limites e possibilidades da visita domiciliar para o alcance da integralidade no PACS e PSF.

A pesquisa empírica foi efetuada no período de novembro de 2005 a julho de 2006 junto às equipes de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande, MS. Para a obtenção de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais e usuários e observação direta das atividades nas UBS e das visitas. Além disso, foram entrevistados integrantes das coordenações de atenção básica das esferas estadual e municipal e o responsável local pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).

O texto central desta pesquisa está estruturado em 12 capítulos agrupados em três partes. Na primeira, apresentamos a revisão bibliográfica sobre a emergência da atenção básica na agenda de saúde, bem como formulações do PACS e PSF enfocando aspectos das visitas domiciliares.

Na segunda parte, apresentam-se os principais referenciais teórico-metodológicos, discutindo as noções de atenção primária, organização tecnológica do trabalho em saúde e integralidade, que orientam a análise do material empírico e a trajetória da pesquisa empreendida.

A terceira parte traz os resultados da análise, com uma descrição sobre as visitas domiciliares na perspectiva da coordenação estadual e municipal da atenção básica e a interface com o programa voltado ao controle da dengue. Em seguida, descrevemos as equipes pesquisadas e a inserção das visitas em suas dinâmicas de trabalho, o planejamento das visitas, as visitas dos ACS — pois este é o principal visitador e deflagrador das visitas dos outros profissionais — e aspectos relativos à execução da visita propriamente dita pelos outros profissionais. Apresentamos também a visita sob a ótica dos usuários e uma síntese das possibilidades e limites para alcance da integralidade. Algumas conclusões, já inseridas ao longo da análise,

são retomadas nas considerações finais, nas quais destacamos os pontos centrais da investigação.

*São casas simples
Com cadeiras na calçada
E na fachada
Escrito em cima que é um lar*

“Gente humilde”

Chico Buarque

Composição: Garoto, Chico Buarque e Vinicius de Moraes

PARTE I

CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO

CAPÍTULO 1

O SUS E A EMERGÊNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA

A promulgação da Constituição Federal, em 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram marcos históricos de um processo amplo de luta política e posicionamento do movimento sanitário frente às desigualdades e à injustiça social. O SUS é resultado desse movimento, chamado Reforma Sanitária, que pressupunha a articulação da saúde com outras políticas públicas, incluindo formas de assegurar uma atuação intersetorial entre as diversas áreas, de modo a se alcançar uma repercussão sobre as condições de saúde e qualidade de vida (Brasil, 1988; Cunha e Cunha, 2001; Paim, 2007).

Antes da implementação do SUS em 1990, havia uma divisão das instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica, com ministérios e organização de práticas distintos e com atuações paralelas. Nas décadas de 1970 e 1980, uma grande crise teve lugar na Previdência Social, tornando premente a necessidade de racionalização dos gastos públicos com assistência médica individual. Simultaneamente, ocorreu a redemocratização da sociedade brasileira, com crescimento dos movimentos sociais e com o movimento da Reforma Sanitária. O SUS traz como forte marca a proposta de integrar as atividades de saúde pública e a assistência médica individual, além da universalização da atenção (extensão de cobertura) (Paim, 2007).

Desde a fase inicial da implantação do SUS, vários problemas se interpuseram a sua operacionalização: o financiamento das ações de saúde, a definição das funções das três esferas de governo, a forma de articulação pública e

privada e o predomínio de práticas anteriores, baseadas na doença e em ações curativas individuais (Viana, Dal Poz, 1998). A hegemonia do poder, a insuficiência de recursos financeiros e o maior respaldo às ações curativas individuais em relação às de promoção e prevenção não eram, porém, passíveis de reconfigurar-se por decreto, requerendo em vez disso um profundo processo de mudança.

Na década de 1980, como decorrência do movimento da Medicina Comunitária e da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, Cazaquistão, em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), várias experiências práticas com agentes de saúde foram realizadas em diversos locais do Brasil. As atividades incluíam orientações sobre prevenção e tratamento de doenças, atendimentos mais simples e utilização de remédios caseiros, e eram realizadas com a participação de pessoas da própria comunidade. Uma das experiências mais consolidadas ocorreu no Ceará, com resultados muito favoráveis na redução da mortalidade infantil e materna. Esse movimento, considerado precursor do PACS e PSF, contribuiu para o desenho da execução dos programas de atenção básica em nível nacional (Viana, Dal Poz, 1998; Bornstein, Stotz, 2006; Gil, 2006).

O Ministério da Saúde estabeleceu que os agentes poderiam ser peças importantes para a organização da atenção básica de saúde dos municípios e em 1991 iniciou a implantação do PACS, por meio da celebração de convênios com estados e municípios, cujo objetivo era a extensão de cobertura dos serviços de saúde a áreas pobres e desassistidas (Viana, Dal Poz, 1998; Brasil, 2002a).

Viana e Dal Poz (1998) afirmam que o “PACS é um antecessor do PSF, pois uma das importantes variáveis que o primeiro introduziu e que se relaciona

diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde”. Diríamos também que outras características originais e pertencentes aos dois programas são o trabalho do ACS e a ênfase na visita domiciliar.

O êxito do PACS impulsionou o PSF, como uma resposta à demanda dos secretários de saúde por apoio financeiro para a efetivação de mudanças de condução do trabalho na rede básica de saúde, com participação de novos profissionais, como por exemplo o enfermeiro supervisor dos agentes de saúde, no Ceará, ou do médico de família, no Programa de Medicina da Família, de Niterói (Viana, Dal Poz, 1998).

O PSF e o PACS foram elementos do processo de reforma incremental do SUS, que “se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil” (Viana, Dal Poz, 1998; Fausto, 2005).

CAPÍTULO 2

O PACS E O PSF E AS INTERFACES COM A VISITA DOMICILIAR

A seguir, são apresentados alguns aspectos da formulação e implantação do PACS e PSF relacionados com a prática das visitas domiciliares.

2.1 RECONTANDO A HISTÓRIA DO PACS E PSF

Em 1994, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento do programa: *PSF: saúde dentro de casa* (Brasil, 1994; Viana, Dal Poz, 1998). Seu teor aponta “para a promoção de mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, que dá mais atenção à cura do que à prevenção das doenças” e indica atendimento prioritário “aos grupos mais vulneráveis da comunidade”, mencionando também a expectativa de contribuir para a organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) com base nos princípios do SUS (Brasil, 1994).

Segundo o documento, o objetivo é melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças, além de proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população, no domicílio e em ambulatórios e hospitais. Sobre a maneira de agir das equipes, recomenda a avaliação da saúde, procedendo-se a cadastramento das famílias e levantamento das condições de saúde e visitas aos domicílios programadas ou solicitadas para acompanhar a situação de saúde das famílias. Afirma que “as visitas são essenciais para integrar as equipes com as famílias e garantir a permanente proteção à saúde” (Brasil,

1994). Além disso, a internação domiciliar para a humanização do tratamento poderá ser feita sempre que houver condições (em casos de doença crônica de baixo risco ou em fase de recuperação), sendo a decisão tomada pela equipe do PSF em conjunto com a família. O documento esboça a estrutura do programa definindo o funcionamento da unidade de saúde, o sistema de encaminhamentos e de serviços de referência, a realização de trabalhos educativos em grupos, os critérios para adesão ao programa e o financiamento. Quanto ao sistema de informação, estabelece o cadastro familiar, cartão de identificação, prontuário familiar, registro de atendimentos, entre outros recursos (Brasil, 1994).

Em 1996, O PSF começa a ter melhor integração com o PACS, o que resulta em uma fusão de ambos, “pois suas operações podiam ser combinadas, já que a equipe de saúde da família inclui o agente comunitário” (Viana, Dal Poz, 1998).

Cabe destacar que, embora o Ministério da Saúde divulgue e incentive a implantação do PSF como estratégia para reorientação da atenção básica, o PACS tem se mostrado mais viável, pois a equipe é somente composta dos ACS e enfermeiro e as condições para implantação são menos exigentes, fazendo com que as equipes de PACS permaneçam em atuação por períodos maiores do que inicialmente previsto. Isso se verifica também em Campo Grande, MS.

Observamos também que o material utilizado pelo Ministério da Saúde para divulgação do PSF, como impressos e filmes, mostra profissionais de saúde percorrendo as ruas, indo até as residências e fazendo atendimentos domiciliares (Brasil, 2001a), além de reproduzir trechos de entrevistas com gestores que afirmam: “No PSF, o médico da família vai até a casa do paciente”. Essas imagens

ficaram conhecidas e certamente levaram a visita domiciliar, especialmente a do médico, a tornar-se uma marca distintiva do PACS e do PSF.

Diversos fatos ocorridos na década de 1990 vieram a proporcionar maior visibilidade das ações básicas de saúde, como a organização da coordenação do PACS e PSF na estrutura administrativa do Ministério da Saúde, a inclusão dos procedimentos do PACS e PSF na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, o enfoque na atenção básica e na necessidade de mudança do modelo assistencial no texto da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 e, em 1998, a efetiva implantação do repasse *per capita* da atenção básica, pago diretamente pela esfera federal aos municípios, além da introdução de incentivos financeiros específicos para o PACS e PSF (Brasil, 1996a; Viana, Dal Poz, 1998).

Levcovitz e Garrido (1996) defendem que o PSF “não é mais um programa, não é uma estratégia paralela na organização de serviços, mas uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo”. Trata-se de uma proposta ousada, que se pauta no trabalho em equipe, com apoio financeiro e ênfase na formação e capacitação dos profissionais para um atendimento na perspectiva da integralidade.

O documento *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde* (Brasil, 1996b) reafirma a necessidade de um novo modelo assistencial para superar a crise atual na saúde, relacionada a aspectos da “ineficiência do setor, traduzidos em insatisfação da população e desqualificação profissional”. Prossegue colocando que o PSF configura “um novo modelo estruturante, porque organiza a prática em novas bases e critérios [...] a família passa a ser objeto de atuação e é entendida a partir do espaço em que vive, chamado de espaço/domicílio” (Brasil, 1996b).

A mesma fonte salienta que o caráter de objeto de atuação não significa reificação da família, mas, na condição de foco de atuação da política de saúde, a família traz a dimensão mais presente do contexto social e histórico. Destaca que “o indivíduo, no contexto de sua integração à família e à comunidade, pode desta forma assumir a posição efetiva de *sujeito* do processo” (Brasil, 1996b). O domicílio, por sua vez, deve ser entendido como espaço-âncora, em que são construídas as relações intra e extrafamiliares, bem como a luta pela sobrevivência, pela reprodução e pela melhoria das condições de vida — em suma, um espaço vital, que comporta também fatos relativos ao processo saúde–doença, como conflitos, renda, saneamento e instalações físicas. Esse espaço não se fecha em si mesmo, mas se expande para novos cenários e amplia a compreensão sobre o processo saúde–doença (Brasil, 1996b).

Nota-se nessa proposta uma concepção ampliada de família, sua centralidade e o estímulo a sua extensão para o ambiente, comunidade e mesmo sociedade. No entanto, não há proposição tecnológica clara para o trabalho sobre essas instâncias coletivas.

O documento *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial* justifica que os projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde apresentaram avanços e retrocessos, com “poucos resultados perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promoverem mudanças significativas no modelo assistencial” (Brasil, 1998), e que tal proposta não se “impunha como instrumento suficientemente forte no sentido de uma mudança radical das práticas de saúde” (Viana, Dal Poz, 1998).

Assim, o PSF tem como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais e a população. Nessa estratégia, a família passa a ser objeto precípua de atenção, a partir do ambiente em que vive. O documento reitera que, “mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares” e a luta por melhores condições de vida. As ações requerem um olhar técnico e político mais ousado, rompendo com os muros das unidades de saúde e envolvimento com o meio em que as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. É uma estratégia que possibilita a integração e organização de atividades em um território bem definido, a fim de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (Brasil, 1998). O documento reafirma o desafio de mudança de modelo assistencial e propõe a família/domicílio como foco de atenção.

No entanto, a valorização da família como unidade de cuidado encerra muitas questões. Ribeiro (2004) questiona qual seria a família de que se fala nas várias abordagens da estratégia de saúde da família. Afirmar que nas diversas instâncias ligadas ao PSF, seja a oficial, a acadêmica ou a da prática cotidiana, existem ambivalências, diferenças, contradições e insuficiências nas formas de efetuar a abordagem da família. Segundo a autora, na maioria das vezes a família é abordada de forma parcial “ou identificada através de representantes e substitutivos, ou ainda como referência genérica no âmbito das políticas sociais e/ou é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico”. Se houver uma “relação de cuidado x abordagem, este pode ser procedido ao indivíduo no contexto da família ou à família com um indivíduo no contexto”.

Ribeiro (2004) ressalta que a inclusão da família como foco de atenção básica pode ser um avanço do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, pois ultrapassa a abordagem focada na doença e no indivíduo. Assim, a família contextualizaria a saúde, produzida num espaço físico social, relacional, resgatando múltiplas dimensões. Explica que essa abordagem não foi pactuada, devido também aos vários interesses e motivações presentes que levaram a família ser o foco de atenção nos programas. No entanto, meramente incluir a família no discurso não garante que a inclusão se concretize na prática, e a autora complementa que a falta de um consenso traz dificuldades para o planejamento, cuidado e formação profissional, além de frustrações pelas expectativas não atendidas. Conclui que a adoção de múltiplas abordagens e a falta de diálogo entre elas ou sua não-complementaridade podem produzir um quadro de diversidades e parcialidades, implicando sua apreensão insuficiente e repercutindo no alcance da integralidade da saúde.

A reflexão de Ribeiro (2004) amplia e redimensiona a temática desta pesquisa, pois apesar de nosso objeto não ser a família, as várias configurações de famílias revelam os diferentes saberes presentes na organização tecnológica do trabalho em saúde e que possibilitam analisar as finalidades do trabalho, especificamente das visitas domiciliares no PACS e PSF.

Ao longo dos últimos anos, e inclusive durante este estudo, foram publicadas diversas portarias ministeriais contendo normas para o funcionamento do PACS e PSF com vistas a seu aperfeiçoamento, apontando vários avanços e direcionamentos da proposta. Partimos do pressuposto de que a implantação de um programa vinculado às políticas públicas é dinâmica e constitui um permanente processo de construção, mas para fins de análise neste trabalho, o documento de

referência adotado será a Política Nacional de Atenção Básica, de 29/3/2006 (Brasil, 2006b), por ser completo, atual e condensar um conjunto de portarias anteriores. Essa opção facilita a compreensão das diretrizes dos programas que, nesta pesquisa, constituem o contexto, ou seja, o “pano de fundo” pois o foco central será o modo como acontece a visita domiciliar na prática cotidiana do PACS e PSF. No entanto, compreender a visita no contexto das políticas públicas e suas determinações é fundamental para a compreensão da ação cotidiana dos serviços, que passa por mediações, já que as políticas estabelecidas em nível central não se refletem imediatamente nas práticas cotidianas, embora sejam suas expressões concretas e recriadas.

Para a implantação do PACS, o município deve apresentar proposta com delimitação da área e proceder à contratação dos ACS. Nessa modalidade, é obrigatório que o enfermeiro realize o treinamento, supervisão e acompanhamento dos agentes, na proporção de um enfermeiro por até 30 agentes. O número de pessoas acompanhadas por cada agente não deve ser superior a 750 (Brasil, 2006b).

O formato assistencial do PSF propõe a escolha e delimitação de território como lócus do programa, com população que varia de 600 a 1 000 famílias, sendo previstas no máximo 4 000 pessoas, porém o recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006b) é uma média de 3 000 habitantes. A equipe é composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e em média seis ACS, com possibilidade de atuarem até 12 desses agentes (Brasil, 1997, 2006b).

Em 2000 foi ampliada a composição das equipes de PSF, com a inclusão de profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental. Cada equipe de saúde bucal pode se integrar a uma ou no máximo duas equipes de PSF. E em alguns municípios, como em Campo Grande, o assistente social e um segundo auxiliar de enfermagem também integram a equipe (Brasil, 2001b, 2006b).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001b) estabelece a visita domiciliar como uma atribuição que todos os profissionais da equipe podem incorporar. Segundo Takahashi e Oliveira (2001), a visita domiciliar é um instrumento de intervenção fundamental para se conhecerem as condições de vida e saúde das famílias. É realizada para o cadastramento e para a identificação das características sociais e epidemiológicas, dos problemas de saúde e da vulnerabilidade aos agravos de saúde. Ela permitiria também conhecer o contexto de vida do usuário, as condições de habitação e as relações familiares. A visita domiciliar poderia contribuir para a melhoria do vínculo entre profissional e usuário, pois é interpretada freqüentemente como uma atenção diferenciada. Takahashi e Oliveira (2001) complementam que a visita domiciliar “só se configura como parte do arsenal de intervenções” quando planejada e sistematizada; caso contrário é uma “mera atividade social”.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 (Brasil, 2002b) preconiza que o trabalho das equipes de atenção básica organize suas ações predominantemente segundo as áreas estratégicas, como controle de diabetes, hipertensão arterial, tuberculose e hanseníase, atenção à saúde da mulher e da criança e saúde bucal.

Delineiam-se, assim, vários movimentos que revelam algumas reconfigurações relevantes dessa realidade: de um lado, a inserção formal nos serviços de atenção básica de um profissional cuja função específica é efetuar a visita domiciliar: o ACS; de outro, a diretiva para a realização da visita domiciliar por todos os profissionais da equipe e a atuação sobre os eixos prioritários.

Paim (2001) critica a valorização dada pelo movimento da Reforma Sanitária a alguns componentes do sistema de serviços de saúde, como financiamento, gestão, organização e a infra-estrutura, e considera que a questão do cuidado, inscrita nos modelos de atenção, foi secundarizada como política de governo. O autor questiona a declaração de autoridades de saúde de que o PSF representaria o novo modelo assistencial do SUS, o que considera uma compreensão equivocada, por ser a situação de saúde brasileira a tal ponto heterogênea e complexa que não se “enquadraria em um único modelo, por mais ‘novo’ que fosse”. Soares (2005) reitera as críticas justificando que o PSF desconsidera a complexidade e heterogeneidade do quadro epidemiológico atual, a falta de qualificação profissional dos agentes de saúde e a precária estrutura de serviços de saúde de nível secundário e terciário.

Para Franco e Merhy (2003), “o PSF é a principal resposta que tem sido oferecida no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial”. No entanto, esses autores apontam algumas críticas ao PSF quanto ao conteúdo da assistência, justificando que sua matriz teórica está circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde e epidemiologia e que seu trabalho está centrado no território, com ênfase nas ações ambientais, mas com pouco valor para a prática clínica. Argumentam que não é considerada a necessidade de ampliação na abordagem individual em casos de processos mórbidos já instalados

que estejam comprometendo a autonomia das pessoas. Enfatizam que o programa perde sua potência transformadora, reforçando normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância em saúde, que apesar de importantes não devem ser o centro das intervenções. Complementam que a adscrição da clientela e o vínculo da equipe a uma determinada população são idéias nucleares do programa, mas que o vínculo não seria exatamente um compromisso com as necessidades do usuário, permanecendo o modelo assistencial centrado no saber e em procedimentos pré-estabelecidos, e não como uma proposição de projetos de cuidado e cura (Franco, Merhy, 1999, 2003).

Merhy e Franco (2002) acrescentam que há necessidade de conhecimento do campo da clínica e de outras áreas e desenvolvimento de ações na perspectiva de cura e resolução clínica, como também condições para que o usuário possa administrar seu próprio sofrimento. Os autores justificam que embora o trabalho esteja direcionado às práticas multiprofissionais, não existe garantia de que as estratégias do PSF venham a constituir uma ruptura com o modelo hegemônico atual, caracterizado pela dinâmica médico-centrada. Enfatizam a necessidade de “alterar os processos de trabalho a partir da reinversão das suas tecnologias e incluir os outros campos de saberes e na perspectiva multiprofissional”. Ainda segundo os autores, há uma questão divergente que se refere à diretriz fundamental do programa, que é ênfase na prevenção, promoção e vigilância de saúde. Seu posicionamento é favorável à atenção às necessidades de cuidado e cura do usuário e reforça a abordagem multiprofissional. Há portanto uma tensão quanto ao peso que deveria ser atribuído ao enfoque da clínica e da epidemiologia e quanto ao modo como se relacionam em cenários de atenção básica tão singulares e diversos.

Outra questão é a oferta de políticas específicas para grupos específicos, pois, de certa forma, se o PACS e o PSF priorizam áreas ou famílias de maior risco social, emerge a polêmica discussão entre a universalização e a focalização. Vários autores, como Paim (2001), Salum (2001) e Soares (2005), criticam a proposta do PSF, pois consideram que apresenta caráter de indução financeira, normatização excessiva e focalização, aspectos identificados com as propostas do Banco Mundial e outros organismos internacionais, compondo a política de ajuste estrutural com estabilização monetária.

Senna (2002) reforça que há um “relativo consenso quanto ao diagnóstico da ineficiência e ineficácia dos gastos públicos”, mas o tema focalização e equidade tem suscitado fortes polêmicas.

Viana e Dal Poz (1998), por outro lado, explicam que a implantação dos programas vem se expandindo de forma focalizada, “à medida que são selecionadas, para sua implantação, áreas e populações de risco que podem inclusive, corresponder a quase 80% da população de um município”. Complementam “que podem existir práticas de focalização dentro de uma política universal e que não há necessariamente conflito entre focalização e universalização”, isto é, os dois aspectos não precisam ser excludentes. Argumentam que o sucesso das práticas do PSF foi focalizado dentro de uma política universal e que estas se “constituíram em instrumentos de reorganização e reestruturação do próprio sistema de saúde”. Há sim, para eles, necessidade de atendimento especial para populações mais carentes.

Senna (2002) argumenta que a focalização abriga a possibilidade de que as políticas focais sejam possibilidades reais de ampliação de acesso de segmentos

sociais tradicionalmente marginalizados e excluídos. Acrescenta que as decisões são trágicas, porém necessárias, quando embasadas em critérios técnicos de prioridade. A focalização seria uma maneira de promoção da justiça social no sentido de uma ação afirmativa a partir da “seletividade dos potenciais beneficiários da política, de forma a ampliar o acesso econômico, social e cultural dos segmentos sociais que realmente precisam”. Sustenta também que a política do Ministério da Saúde de adoção dos incentivos financeiros para a atenção básica tem repercutido positivamente a favor de grupos mais vulneráveis da população.

A mesma autora justifica que o desenho do PSF preconiza a definição de território de abrangência e a de adscrição da clientela, que apesar de não serem inovações, podem constituir medidas para a correção de insuficiências. A realização de visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento das famílias possibilitariam o atendimento e apoio às famílias em situações de crise nas quais a vida de seus membros encontra-se em risco. Nesse sentido, essas famílias necessitariam de uma “atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania das crianças, idosos e deficientes físicos, entre outros” (Senna, 2002).

Da mesma forma, Conill (2002) argumenta que, em uma primeira avaliação, o PSF tem impacto positivo em áreas com grande déficit de serviços básicos de saúde. Vasconcelos (1999) reforça que essa modalidade de intervenção se torna necessária devido às evidências de que as famílias em situações de risco tendem a ficar marginalizadas de serviços que funcionam segundo a lógica da demanda espontânea, desse modo excluindo esses grupos populacionais — que vivenciam situações de maior vulnerabilidade — do acesso ao sistema de saúde.

Nesse contexto de situações precárias, o PSF e a prática da visita domiciliar podem tornar-se também um instrumento de inclusão social, pois muitas vezes não é suficiente a atuação da equipe apenas no interior da unidade de saúde. A visita poderia ter também a finalidade de construir uma maior proximidade dos profissionais com a população e possibilitar o acesso aos serviços de saúde e eventualmente a continuidade do tratamento. De certa forma, a visita também contribuiria para a equidade, no sentido de ampliação do acesso.

Como exposto por Vasconcelos (1999), essas famílias não necessitam somente ações de saúde, pois muitas vezes estão privadas de outros serviços públicos, e a presença do PSF de certo modo propiciaria maior visibilidade dos problemas e poderia desencadear “a emergência de ações intersetoriais na área social” (Viana, Dal Poz, 1998).

A visita domiciliar tenderia a tornar mais visíveis problemas conexos à saúde e que necessitam ações que não se limitam ao setor de saúde, como a violência, o alcoolismo, o desemprego, a precariedade de moradia e a falta de acesso à educação e de creches. Por outro lado, o PSF corre o risco de, na tentativa de suprir as deficiências existentes na rede intersetorial, atuar com medidas compensatórias, de tipo caritativo, de efetividade discutível. No caso específico das visitas domiciliares, a ausência de transporte coletivo ou as péssimas condições das ruas poderiam também dificultar o acesso à unidade de saúde e gerar a necessidade de visitas para compensar a precariedade do sistema de transporte público e do arruamento e pavimentação, e a ida dos funcionários às residências também adquiriria o caráter de compensar a falta de abrigos, de cuidadores e de transporte especial para idosos, puérperas, doentes crônicos e deficientes.

Outra polêmica quanto ao PSF é sua analogia com medicina simplificada, ou cesta mínima de saúde. Partindo da premissa de que o PSF é uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, e sendo considerado o primeiro nível de atenção do sistema, ou seja, a porta de entrada desse sistema, com a incumbência de apresentar um grau de resolutividade satisfatório, mas integrada com o restante do sistema de saúde, esse programa não poderia ser apenas equiparado com a cesta mínima, necessitando de alta complexidade de saberes e diversidade de profissionais. Para isso seriam necessários não somente recursos, mas também maior especialização e acúmulo de capital nos níveis secundário e terciário da atenção. No entanto, se os serviços não estiverem organizados para cumprir suas finalidades e não houver referências para os encaminhamentos, o PSF se reduziria à execução de poucos procedimentos simplificados. A visita domiciliar também se inscreve nesse contexto e, se for empregada para conhecer necessidades e realizar intervenções que estejam integradas a um conjunto de propostas, a atividade poderia potencializar as ações de saúde. Na possibilidade de sua não-integração, no entanto, a visita poderia se reduzir a poucos procedimentos e se tornaria um atenuante de conflitos sociais ou uma atividade disciplinadora de condutas e comportamentos.

2.2 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS VISITAS DOMICILIARES

A NOB 1996 representou um grande avanço rumo à descentralização do sistema, pois incrementaram-se as transferências diretas fundo a fundo e, na prática, promoveu-se a política de incentivos financeiros para a atenção básica, o PACS e o PSF. Existe portanto um conjunto de normas que regulamentam os valores, os

critérios para repasse financeiro e as formas de acompanhamento e avaliação, bem como as situações de suspensão do pagamento (Brasil, 1996a).

De fato, esse tipo de incentivo ocasionou uma rápida expansão dos programas e sua entrada no sistema municipal de saúde, eventualmente sem se proceder a uma análise criteriosa da realidade local, de suas necessidades e da modalidade assistencial (Marques, Mendes, 2002, 2003). Em tese, concordamos com a priorização do nível primário pela esfera federal, embora em alguns municípios a prioridade pudesse recair sobre outro nível de atenção, sendo necessária uma política que permitisse maior singularização da realidade.

Uma das exigências inscritas na Política Nacional de Atenção Básica é a alimentação periódica de vários sistemas de informação, entre eles o SIAB, a fim de agregar e processar as informações sobre a população e proporcionar o acesso a dados sobre o cadastro de famílias, as condições de moradia e saneamento, a situação de saúde e a produção e composição das equipes de saúde (Brasil, 2003a, 2006b).

O número de visitas realizadas pelos ACS, enfermeiros, médicos, profissionais de nível médio e outros profissionais de nível superior é registrado mensalmente no SIAB. Trata-se de um dado numérico que, sem especificação do enfoque das visitas e dos resultados alcançados, não evidencia os conteúdos e as ações realizadas, tornando limitada a validade desse conjunto de informações para a avaliação e o planejamento.

Alguns estados brasileiros adotaram a política de incentivo financeiro estadual para a implantação e apoio ao PSF nos municípios, com diferentes critérios para repasse dos recursos (Marques, Mendes, 2003). Em 1999, o governo estadual

de Mato Grosso do Sul, através da Secretaria de Estado de Saúde, criou o incentivo estadual para as equipes de Saúde da Família e estabeleceu parâmetros numéricos de visitas domiciliares para cada profissional, o que poderia, de forma mediada, influenciar a ação de cada profissional na prática cotidiana dos serviços de saúde estudados. Neste trabalho se buscará compreender como as políticas e documentos enunciados neste capítulo afetam o cotidiano dos serviços observados, como nele se concretizam ou como são por ele modificadas.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) reconhece a necessidade de monitoramento e avaliação da implantação da estratégia do PSF e, no estudo desenvolvido em parceria com o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, foi proposta uma avaliação do SIAB e dos indicadores de saúde utilizados. O documento se refere à necessidade de relacionar a atividade de visita domiciliar como indicador de processo com os resultados desejados, como redução do número de óbitos e diminuição do número de internações. Reitera que no SIAB os dados da visita domiciliar são inconsistentes e que não há orientação sobre como realizar essa atividade.

Outro dispositivo de acompanhamento, monitoramento e avaliação da política de atenção básica é a pactuação de um conjunto de indicadores de atenção básica (Pacto de Atenção Básica), cuja proposta principal é a inversão do modelo assistencial com o monitoramento das ações da atenção básica e a garantia da utilização adequada de recursos financeiros. A primeira publicação desses indicadores ocorreu em 1999 e em 2001 foi incluído o indicador 'visita domiciliar por família/mês' (Brasil, 2001a).

Em 2003, o indicador recebeu a denominação ‘média mensal de visitas domiciliares por família’, cujo cálculo se baseia no número de visitas domiciliares realizadas por profissionais de nível superior e médio e por ACS em determinado local e período, dividido pelo número de famílias no município e multiplicado pelo número de meses em determinado local e período (Brasil, 2003b). As fontes do numerador são os seguintes procedimentos do SAI: ‘Atividade executada por ACS’, ‘Visita domiciliar por profissional de nível médio’, ‘Consulta e atendimento domiciliar de atenção básica de enfermeiro’, ‘Visita domiciliar com atendimento de atenção básica’ e ‘Consulta e atendimento domiciliar de enfermeiro do PACS/PSF’. O denominador é a Base Demográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Brasil, 2006c).

Segundo as descrições do Ministério da Saúde, a interpretação desse indicador expressa a frequência com que o serviço de saúde se faz presente nas residências. Embora não parametrizada em termos ideais, estaria relacionada com a incorporação de hábitos saudáveis e com a elevação dos padrões de higiene e condições de saúde e indicaria tendência de mudança de modelo assistencial, num enfoque de promoção da saúde. As descrições complementam que esse indicador é de utilidade para avaliar a implementação de novas práticas sanitárias realizadas pelos profissionais de saúde não restritas à unidade de saúde e para reprogramar a oferta de serviços realizados fora da unidade. Uma de suas limitações é a inexistência de dados atualizados sobre o número de domicílios existentes nos municípios e o fato de não refletir a totalidade das ações de caráter de promoção de saúde, além das ações curativas realizadas nos domicílios (Brasil, 2006c). A existência do indicador de média de visitas domiciliares denota a importância atribuída à atividade, porém limita sua interpretação ao enfoque dos aspectos

higiênicos e ambientais. Destaca-se também, na análise desse indicador, a não-inclusão do procedimento de consulta médica domiciliar, com a justificativa de que este não aponta para mudança do modelo assistencial.

Se as diretrizes do PSF sinalizam a reorganização do modelo assistencial e a visita domiciliar tem potencial para mudar o enfoque estritamente biomédico, a visita domiciliar do médico poderia ampliar seu campo de ações, incluindo ações preventivas, de promoção à saúde e educativas. Uma análise inicial desse indicador revelaria que a prevenção dependeria mais da atuação de outros profissionais do que do médico. Além disso, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o odontólogo também podem desenvolver ações curativas no domicílio. Nota-se aqui uma concepção dualista, não-integrada, de ações curativas e preventivas e de promoção. Nesse caso, o domicílio seria o espaço da promoção, com a face da educação em saúde, tendo a unidade de saúde o profissional médico como figura central da cura e reabilitação. Dessa forma, a integralidade, no sentido de compor as ações em seus diferentes espaços, é esvaziada, já que a integração entre esses espaços e suas funções não é tematizada. Tais indagações demonstram a necessidade de conhecer melhor as situações e o conteúdo do trabalho que se relaciona com as visitas domiciliares, além de sua inserção no trabalho como um todo no PACS e PSF na perspectiva da integralidade em saúde.

Para Senna (2002), Campos, Aguiar e Oliveira (2002) e Caetano e Dain (2002), um dos desafios existentes no PSF diz respeito a sua implantação e impacto nos grandes centros urbanos, o que provavelmente tem relação com o grande contingente populacional com elevado índice de pobreza — e ao mesmo tempo extremamente heterogêneo — e com uma rede de serviços de saúde mais estruturada, porém de difícil acesso.

Outro impasse reconhecido pelo Ministério da Saúde foi o processo de pulverização das equipes de Saúde da Família nos municípios que aderiram ao programa, principalmente naqueles de porte médio e grande. A implantação das equipes segundo grau de carência ou risco sanitário foi considerada como feito que poderia anular a capacidade do programa de desencadear um reordenamento dos sistemas municipais de saúde. Para corrigir tal possibilidade, o Ministério introduziu no incentivo financeiro uma diferenciação para os municípios com maior cobertura populacional pelas equipes de saúde da família, almejando a expansão da cobertura e evitar a presença simultânea de várias modalidades assistenciais na atenção básica (Favoreto, Camargo Junior, 2002). Em Campo Grande o PACS e o PSF coexistem com atuações, em algumas áreas, que se baseiam no modelo convencional de saúde pública.

2.3 CARACTERÍSTICAS DA VISITA DOMICILIAR NO PACS E PSF

Franco e Merhy (2003) chamam a atenção sobre o processo de trabalho proposto para a equipe do PSF, cujas ações são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos nos consultórios pelo médico e enfermeiro. Para os autores, as visitas “são compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência”. Argumentam que o programa trabalha a idéia de que a intervenção no âmbito familiar é capaz de “alterar o perfil ‘higiênico’ da população e, assim, prevenir os agravos à saúde”. A capacitação dos profissionais é considerada estratégica e a equipe tem funções normatizadas pelo Ministério da Saúde. Concordam que as visitas domiciliares não devem ser exclusividade do PSF, pois constituem um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que necessário. Ressaltam que as

visitas vêm sendo praticadas, e com bons resultados, por vários serviços que não estão organizados nos moldes do PSF, argumentando que o procedimento deve ser rotineiro em serviços assistenciais. Sua realização, porém, não significa que o médico tenha abandonado sua prática centrada no procedimento e nem mesmo que os trabalhos de outros profissionais tenham deixado de estruturar-se pelos atos e saberes médicos.

Esses autores justificam que as “visitas domiciliares compulsórias” apontam dois problemas graves. O primeiro diz respeito à otimização dos recursos humanos disponíveis para a assistência, não devendo ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares sem haver indicação explícita para elas, com exceção dos ACS, cuja função principal é percorrer o território e visitar domicílios. Em segundo lugar, consideram as visitas feitas pelos médicos e enfermeiros pouco eficientes, por não saberem esses profissionais o que fazer nos domicílios. Apontam que a visita deve ser bem direcionada para situações como consultas e procedimentos de baixa complexidade que possam ser realizados no domicílio e que sejam absolutamente recomendados. Outro aspecto questionado é que a presença do profissional de saúde pode agir como reforço ideológico de dependência da população em relação a ele. A visita domiciliar compulsória “pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade”, como um controle do Estado sobre a vida de cada cidadão (Franco, Merhy, 2003). Esse aspecto diz respeito à fronteira entre a intervenção profissional legitimada como ação do Estado e o direito à privacidade no âmbito familiar e doméstico. A visita é um trabalho que requer compreensão sobre as interações, respeitando-se o usuário e tendo-se grande cuidado com a ética das relações interpessoais.

Em 2001 e 2002 foi realizado o estudo *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos* (Brasil, 2002a), já mencionado, cuja amostra contemplou municípios com mais de 100 000 habitantes em situações diversificadas de implantação do PSF. Os objetivos foram detectar o maior número de fatores facilitadores e limitantes da implementação no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde da família e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas de saúde e à articulação com a rede de serviços de saúde. A metodologia utilizada foi o estudo de caso com abordagens quantitativas e qualitativas. Um dos eixos de análise foi a integralidade da atenção, que compreende a garantia de acesso integral segundo as atividades realizadas (preventivas e assistenciais) e a demanda atendida (atendimento oportuno), realização de ações intersetoriais e atividades extramuros, por meio de visitas domiciliares e reuniões com a comunidade. Nesse estudo, a visita revelou-se uma “atividade assistencial ou de promoção à saúde para os profissionais de nível superior”. Observou-se “maior proporção dos profissionais que realizaram a visita do que a reunião, indicando que a visita foi incorporada à rotina dos profissionais” (Brasil, 2002a). Em sua quase totalidade, os profissionais de nível superior entrevistados realizavam a visita domiciliar (exceto em Manaus), inclusive havendo informado em proporções elevadas a realização da visita na semana anterior à entrevista. Quanto aos auxiliares de enfermagem, elevada proporção informou realizar a visita em todos os centros urbanos, embora em menor proporção tenham respondido que a empreenderam na semana anterior. Quanto aos ACS, a maioria informou realizar as visitas, inclusive na semana anterior à entrevista, complementando que nem todas as famílias recebem no mínimo uma visita mensal, provavelmente devido à média elevada de famílias sob o encargo de

cada ACS. Nesse estudo é citada a importância da visita do ACS para divulgar a proposta do PSF, inclusive com a entrega de folhetos (Brasil, 2002a; Escorel *et al.*, 2007).

O estudo (Brasil, 2002a) evidencia várias facetas da visita domiciliar e algumas possíveis dimensões da integralidade relacionadas ao tipo de atividade relacionada (assistencial e promocional), como também uma oportunidade para o atendimento gerado por uma necessidade do indivíduo. Além disso, a visita se relaciona com as características do trabalho, conforme cada categoria profissional, com destaque para os profissionais de nível superior. Quanto à frequência da visita, poder-se-ia sugerir a incorporação dessa atividade à rotina de trabalho dos profissionais. Além disso, a visita seria importante para o vínculo com o usuário e para a continuidade do acompanhamento da saúde deste.

Em 2001 e 2002, o Ministério da Saúde realizou a pesquisa intitulada *Avaliação normativa do processo de implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil*, a fim de verificar “a infra-estrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes à luz dos princípios e diretrizes do PSF no Brasil” (Brasil, 2004b). O estudo teve caráter censitário e foi realizado com 13 501 equipes de saúde da família e 2 558 de saúde bucal, em 3 778 municípios brasileiros. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário aplicado a um ou mais integrantes da equipe e um roteiro de observações diretas. Os resultados demonstraram que a visita é efetuada por todas as categorias, com percentuais superiores a 90% para médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS. A conclusão do estudo é de que a visita domiciliar é uma importante atividade, possibilitando o conhecimento da situação de saúde das famílias, o desenvolvimento de ações promocionais e

preventivas e o acompanhamento de grupos, além de constituir-se como um forte elemento de vínculo entre as equipes e as famílias (Brasil, 2004b).

Nota-se novamente o enfoque da visita como uma atividade a ser realizada por todos os profissionais, com ênfase para as ações promocionais e preventivas. Não há menção às ações assistenciais.

Nos estudos citados, a visita domiciliar é analisada e relacionada com a formação de vínculos e integralidade, porém com pouca especificação sobre a clientela visitada e as ações realizadas, o processo de trabalho e a articulação dessa atividade com as demais ações de saúde da equipe e da unidade.

A pesquisa de Fabri e Waidman (2002), por sua vez, teve o propósito de conhecer o “interior da prática das visitas domiciliares”, verificando a abordagem dos ACS junto às famílias do PSF em cidade de médio porte no interior do Paraná. O enfoque foi qualitativo, sendo os dados obtidos por meio de observação participante e entrevistas com 26 ACS. Os resultados revelaram que para os agentes a visita domiciliar não é apenas uma relação de trabalho, mas uma relação de ajuda, troca, companheirismo, com prioridades e responsabilidades. Há, no entanto, sentimentos de insatisfação, ligados à não-valorização de seu serviço pela sociedade.

O estudo transversal de Levy, Matos e Tomita (2004), realizado em cidade do interior paulista, teve o objetivo de compreender o trabalho dos ACS e analisar a satisfação de moradores das áreas de atuação do programa. A metodologia consistiu em grupos focais com ACS e entrevistas com usuários. Alguns agentes relataram que há dificuldade para o estabelecimento de vínculo em situações de desconfiança, de desconhecimento do trabalho e de condições de vida precárias, mas que quando as dificuldades iniciais são superadas um forte vínculo é criado. Os

usuários relataram que os ACS realizam nos domicílios orientações sobre diabetes, hipertensão arterial e vacinação infantil.

Shimizu *et al.* (2004) realizaram uma pesquisa cujo objetivo foi conhecer a prática do auxiliar de enfermagem que atua nas equipes de saúde da família no Distrito Federal, através da identificação das atividades cotidianas e respectivas facilidades e dificuldades. A metodologia foi qualitativa, de tipo descritivo e exploratório, e os dados foram obtidos por meio de grupos focais com 34 auxiliares de enfermagem. Os resultados revelaram que o auxiliar realiza atividades em domicílio principalmente para idosos e portadores de doenças crônicas. Constatou-se que as ações dos auxiliares de enfermagem são de caráter individual e coletivo, com forte influência do modelo clínico de atenção.

A pesquisa exploratória descritiva empreendida por Oliveira (2000) teve como objetivo descrever a percepção das famílias sobre a atuação do PSF no município de Sobral, CE. Foi aplicado um formulário em visitas domiciliares e os resultados apontaram melhorias no acesso aos serviços de saúde, na redução de doenças e na qualidade dos atendimentos. As principais insatisfações mencionadas foram a falta de medicamentos e o pequeno número de consultas individuais e de visitas domiciliares. A conclusão do autor é que a promoção da saúde comparece timidamente nas ações da equipe, repercutindo nas dificuldades de reversão do modelo, movido pela lógica da demanda espontânea.

Alonso (2003) desenvolveu sua investigação junto a integrantes das equipes de PSF e famílias atendidas, a fim de conhecer as relações que perpassam as interações dos profissionais no mundo da intimidade familiar. Para a autora, esse contato apresenta múltiplas facetas: por um lado, existe a necessidade de conhecer

para atuar, aconselhar e ajudar, mas aponta que na visita existem ações disciplinadoras e coercitivas, e sugere que a atividade seja reavaliada.

França, Pessoto e Gomes (2006) pesquisaram o significado e as atividades da visita junto aos médicos, enfermeiros e ACS nas equipes de PSF em uma cidade no interior de São Paulo. Para os médicos, as visitas são consultas médicas realizadas no âmbito familiar. Os enfermeiros falam sobre a consulta de uma forma mais ampla, incluindo a parte ética e social, mas na operacionalização detêm-se mais nos aspectos da doença e no monitoramento de grupos prioritários. Já para os ACS, a concepção da visita é fragmentada como aquilo que lhes foi repassado nos treinamentos, constituindo uma forma de ajudar, orientar e buscar o usuário. Segundo os autores, tendo como foco do atendimento o paciente, a abrangência do PSF fica prejudicada. Acrescentam que a visita passa a ser uma prática centrada na atenção à doença e no indivíduo como objeto de ação, e não como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Concluem que a visita reitera a prática fragmentada, centrada no biológico, e a falta de uniformidade sobre o conceito de visita pode interferir na proposta de mudança de modelo de atenção à saúde, mudança essa que enfatiza a integralidade da assistência.

Giacomozzi e Lacerda (2006) pesquisaram junto aos profissionais das equipes de saúde da família em Curitiba, PR, o modo como estes realizam a assistência domiciliar e verificaram que são trabalhados diferentes enfoques, sendo reconhecida a importância para a atuação, ainda que alguns profissionais expressem discursos ora integralistas ora autoritários.

No estudo de Sakata *et al.* (2007), de natureza qualitativa, foram entrevistados dez profissionais que atuavam em uma unidade do Núcleo de Saúde

da Família da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP. As falas dos profissionais denotaram ambigüidade na compreensão do significado das visitas, por vezes consideradas como espaço que promovem acompanhamentos e outras vezes como voltadas à fiscalização e vistoria. O tempo despendido nas visitas mostrou-se positivo quando suficiente para proporcionar o cuidado mais singularizado de cada família, porém nem todas as equipes dispunham desse tempo, sendo portanto um fator limitante. A visita também foi mencionada como ferramenta de aproximação entre profissionais e usuários, de criação de vínculo, de melhor compreensão do modo de vida e de conhecimento do ambiente, das relações intrafamiliares e do contexto social, aspectos estes que vão além da doença física. Quanto às dificuldades, os profissionais expressaram que, devido ao maior envolvimento com as dificuldades, tornam-se suscetíveis e vivenciam às vezes sentimentos de frustração e impotência.

A revisão da literatura apontou que a visita domiciliar é considerada uma das ações principais e distintivas do processo de trabalho das equipes de PACS e PSF. Essa atividade é valorizada, em primeiro lugar, com a inclusão, na equipe, de um profissional cuja atribuição é realizar visitas às famílias; em segundo, com a reiteração de que a visita é uma atividade a ser realizada por todos os profissionais da equipe; em terceiro devido ao monitoramento do número de visitas realizadas e a inclusão de um indicador no Pacto da Saúde referente à proporção das visitas domiciliares realizadas. No entanto, as informações isoladas sobre o número de procedimentos ou que se atêm a registros das visitas domiciliares conforme o profissional que as realiza não são suficientes para revelar os conteúdos da visita, os saberes, os instrumentos utilizados e as finalidades desse trabalho, de modo a se poderem reconhecer as dimensões de integralidade alcançadas.

Reconhecemos que a visita domiciliar é uma atividade integrante do conjunto do trabalho em saúde na atenção primária e que, portanto, poderia dispor de vários enfoques, como aqueles centrados na promoção da saúde e na prevenção, controle, recuperação e tratamento das doenças e agravos, utilizando os saberes de diferentes profissionais com conteúdos da clínica, da epidemiologia e da educação, podendo ser dirigida a indivíduos isoladamente ou a vários membros de um grupo, família ou comunidade em que esteja inserida. No entanto, vimos que esses diversos enfoques apresentam-se como polaridades e abrigam tensões de ordem técnica e política, como aquelas entre o enfoque clínico e o epidemiológico-social, entre o cuidado básico e o especializado e entre o cuidado individual e o coletivo, além da tensão entre comunicação/educação e disciplinarização/controle. Por ser a visita uma atividade em que ocorre uma intensa interação entre os sujeitos — profissionais e usuários —, a subjetividade dos envolvidos imprime características que vão muito além da objetividade do fazer técnico e científico. Nesse contexto, o profissional se defronta com situações que lhe são inéditas e que muitas vezes envolvem precárias condições de vida, expressando necessidades e evidenciando tensões, conflitos e, por vezes, as contradições de um trabalho de saúde. Além disso, sabemos que pelo fato de as visitas domiciliares acontecerem no espaço privado/doméstico, poderiam também mudar as formas de interação entre as famílias e os serviços e produzir repercussões sobre os modos de vida, de adoecimento e do trabalho em saúde na atenção básica.

Consideramos, portanto, importante neste estudo compreender e analisar as diferentes conformações de visitas domiciliares no PACS e PSF e reconhecer as possíveis potencialidades dessa prática como um instrumento estruturante na

mudança do modelo de organização tecnológica do trabalho no sentido de uma maior integralidade na atenção.

Chuva e sol
Poeira e carvão
Longe de casa
Sigo o roteiro
Mais uma estação

“A vida do viajante”

Fagner

Composição: Luiz Gonzaga e Hervê Cordovil

PARTE II

REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

CAPÍTULO 3

REFERENCIAIS TEÓRICOS

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A temática a ser investigada — as visitas domiciliares no PACS e PSF — refere-se a uma forma possível de organização da atenção primária em saúde, cuja realidade se expressa conforme a dinâmica das políticas de saúde nos diversos contextos histórico-sociais, de forma que seus conceitos sofrem constantes reformulações e as aplicações apresentam novos desdobramentos (Fausto, 2005).

Starfield (2002) descreve a atenção primária como o nível que corresponde à entrada em um sistema de saúde para atendimento a necessidades e problemas. Nesse nível se fornece atenção à pessoa no decorrer do tempo, inclusive para as novas condições que venham a surgir, além de se coordenar a integração da atenção com outros níveis ou serviços.

Mendes-Gonçalves (1994) conceitua atenção primária como uma tecnologia que compreende um “conjunto de instrumentos não materiais (saberes técnicos e dispositivos de organização do trabalho) e materiais (equipamentos e insumos) voltados de forma integrada para a promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência médica e recuperação da saúde de indivíduos, famílias e comunidades”.

Suas características são “baixa densidade tecnológica, saberes de alta complexidade e integralidade como norte, requerendo uma expansão conceitual, rearranjos práticos e debate ético” (Ayres, 2006a).

Quanto à amplitude desse conceito, Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) contrapõem a atenção primária a uma mera prestação de serviços associada a uma “medicina simplificada”, impulsionada pela necessidade de cobertura populacional aos grupos mais carentes e excluídos dos serviços.

Para os autores, a atenção primária é compreendida como o primeiro contato do usuário com a unidade ou serviço de saúde, servindo como porta de entrada para o sistema de assistência. No entanto, esse contato “constitui no sistema um nível próprio de atendimento e deve resolver uma dada gama de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual, chamado como necessidades de saúde” (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996), as situações assistenciais da atenção primária quase sempre “podem ser conceituadas como casos epidemiologicamente complexos e esta complexidade se transfere para o trabalho profissional”. Explicam que o conjunto de necessidades abrange demandas principalmente sanitárias, como saneamento, desenvolvimento nutricional e vacinação, que geram ações tradicionalmente da esfera da saúde pública, e inclui também demandas relacionadas com algumas ações clínicas que podem ser ações de prevenção, profilaxia e tratamento de doenças de caráter epidêmico, portanto relacionadas com a vigilância epidemiológica da saúde pública, além de outras tipicamente clínicas, de prevenção ou recuperação. Com frequência, tais quadros estão simultaneamente presentes e se apóiam em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, mas que “exigem para a sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas”. Acrescentam que a gama de demandas, delimitada pela noção de

necessidades básicas, requer um conjunto de ações caracterizado como trabalho complexo, isto é, a assistência nesse nível deverá ter alta capacidade resolutive e ao mesmo tempo alta sensibilidade diagnóstica, com correta atuação nas demandas primárias e encaminhamentos adequados na rede assistencial.

Além dessas características, a atenção primária tem potencialidades que poderão representar inovações nas ações técnicas, através de interações nas relações intersubjetivas (profissionais e usuários) na prestação de serviços. Nesse sentido, a atenção primária constitui espaço e momento privilegiados para desenvolvimento de “novas modalidades de relação que permitem humanizar a relação instituição–população usuária” decorrente de sua própria natureza de serviço (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

Assim, a atenção primária, conforme compreendida neste trabalho, representa uma organização do trabalho que envolve a interação de práticas muito diversas, ou seja, a necessidade de articulação de “racionalidades diferentes de intervenção e de naturezas distintas de objetivos técnicos”, com atuação de uma equipe multiprofissional voltada a uma assistência com dimensão mais global e demandando uma tecnologia para a assistência integral à saúde (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

3.2 MODELOS DE ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO EM SAÚDE

O referencial teórico sobre os modelos de organização tecnológica do trabalho em saúde originou-se nos estudos sobre trabalho e foi inicialmente proposto por Mendes-Gonçalves na década de 1980, que aplicou “um profundo raciocínio

lógico-dialético para apreender as práticas de saúde, em particular a medicina”, rediscutindo e redefinindo o conceito de tecnologia (Almeida, Rocha, 1997).

Mendes-Gonçalves (1994) pesquisou as características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo e considerou que a organização tecnológica do trabalho constitui uma “forma variável e contraditoriamente adequada de organizar ‘internamente’ certas práticas referidas à saúde e à doença, ao mesmo tempo em que é a forma variável e contraditoriamente adequada de suportar a articulação dessas práticas na totalidade social histórica” (Mendes-Gonçalves, *apud* Nemes, 1993).

Como expõem Felli e Peduzzi (2005), o trabalho é um processo que, para fins de análise, pode ser desdobrado em três elementos:

(a) o objeto de trabalho, aquilo sobre o que incide a atividade e que será transformado no decorrer do processo, constituindo-se em produto; (b) os meios e instrumentos do trabalho e (c) a atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito, que se organiza de forma específica.

Mendes-Gonçalves (1992), apoiando-se no referencial marxiano e aplicando-o ao trabalho em saúde, especialmente o médico, define trabalho como um processo de transformação intencional e não-espontâneo da natureza para a satisfação de carecimentos. O homem subordina sua vontade a um projeto que imprime no objeto a ser transformado uma antevisão da finalidade do trabalho (Mendes-Gonçalves, 1992).

Assim, segundo Peduzzi (1998), “o trabalho depende de uma construção prévia, de um projeto que o homem traz em mente desde o início do processo”.

A assistência à saúde, nessa perspectiva, se configura como trabalho, caracterizando-se pela impossibilidade de estocagem e comercialização de bens,

produzindo, em vez disso, serviços que são consumidos no ato de sua produção, no momento da assistência. Além disso, lida-se com um objeto humano — os usuários individualmente ou os grupos sociais —, que traz aos serviços de saúde demandas relacionadas ao processo saúde–doença, expressas como necessidades de saúde (Felli, Peduzzi, 2005).

Peduzzi (1998) explica que pelo fato de a especificidade do objeto de trabalho na saúde consistir nas “necessidades de saúde sentidas e trazidas aos serviços de saúde pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas pelos sujeitos/agentes”, o trabalho configura-se como reflexivo, isto é, exigiria compreensão e reflexão do trabalhador (ou da equipe) sobre o projeto assistencial colocado e suas finalidades.

Existe, portanto, uma relação intrínseca entre trabalho e necessidades, pois o homem utiliza o processo de trabalho para satisfazer suas necessidades, que são singulares a cada indivíduo, mas também sociais, no sentido de socialmente construídas. Uma vez satisfeita uma necessidade, o homem incorporou a possibilidade de retirar da natureza sua satisfação para tal carecimento, conheceu as potencialidades da natureza e praticou e aprimorou a destreza com os instrumentos de trabalho, humanizando-a, reiterando essas necessidades e/ou criando novas necessidades (Lima *et al.*, 2000; Campos, 2004). Necessidades em saúde têm como requisito sua satisfação em potência, e isso consolida os processos de trabalho que as podem satisfazer. Dessa forma, além da consubstancialidade entre necessidade e trabalho, ocorre uma circularidade entre necessidades e processos de trabalho, ou seja, à medida que as necessidades são satisfeitas, surgem novas necessidades (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

Portanto, as necessidades em saúde são também decorrência dos processos de trabalho estabelecidos, que também são sempre contextos instauradores de necessidades.

Os objetos dos vários processos de trabalho em saúde são sempre referidos ao homem em suas expressões de objetividade e subjetividade. Assim, na eleição e aplicação dos vários instrumentos de trabalho (sejam saberes, sejam objetos concretos) se efetiva um encontro interpessoal entre usuário e profissional. O usuário apresenta demandas ou situações de saúde e doença e o “profissional busca apreendê-las conforme um certo recorte do objeto de trabalho” (Peduzzi, 1998).

O conceito de necessidades de saúde como norteadoras da organização de ações na atenção primária em saúde foi abordado também por Lima *et al.* (2000) e por Rodrigues *et al.* (1996), que sustentam que os trabalhadores de unidades de atenção primária identificam necessidades de saúde primordialmente de duas formas: pelo diagnóstico de saúde, realizado pelo trabalhador, e pela demanda trazida pelo usuário, geralmente expressa em forma de queixas. Destacam que, na definição de necessidades daqueles que procuram os serviços de saúde, não devem ser considerados apenas parâmetros clínicos ou epidemiológicos, de domínio exclusivo do trabalhador, mas ressaltam que para apreender as necessidades de forma mais ampliada são necessários a escuta e o diálogo, para que aconteça uma negociação entre o usuário e o trabalhador de saúde e para que o cuidado seja proposto de forma a responder às necessidades acordadas nesse espaço de negociação.

Mendes-Gonçalves (1994) explica que “quando saberes e equipamentos e suas formas de articulação nos processos de trabalho são tomados na perspectiva totalizante”, eles correspondem a um só tempo “à arquitetura técnica desses processos e às conexões socialmente determinadas que ligam os seus agentes à dinâmica da reprodução social”.

A tecnologia só adquire sentido enquanto expressão conjunta das determinações internas e externas dos processos de trabalho, e sua escolha está articulada socialmente, pois são consideradas as vantagens técnicas, que estão imbricadas com motivações de ordem econômica, política e social.

Além disso, nas análises sobre saúde e doença, é necessário reconhecer que há uma normatividade extrabiológica influenciada pela historicidade e por variações culturais, políticas e sociais, que modificam as concepções sobre saúde e doença. Tais variações são externas ao corpo, difusas no espaço social, e engendram as concepções sobre o que é desejável e não-desejável (Mendes-Gonçalves, 1994).

Assim, o trabalho capta e manipula a normatividade histórico-social tanto no nível das sistematizações intelectuais que elaboram seu objetivo quanto no nível da própria prática que aplica tais sistematizações (Mendes-Gonçalves, 1992).

Segundo Peduzzi (2002), os saberes permitem a apreensão do objeto, pois recortam os objetos de intervenção e, junto com os demais instrumentos do trabalho, têm uma dimensão tecnológica operante. Os saberes são generalizações conscientes e estruturadas obtidas a partir das práticas. Expressam suas materialidades nos instrumentos e nos discursos e devem ser compreendidos no momento de operação no contexto.

Mendes-Gonçalves (1992, 1994) analisou os modelos clínico e epidemiológico na perspectiva histórica e social. Vê-os como abstrações construídas a partir de conceitos constituídos, por um lado, pela epidemiologia, enquanto conhecimento da saúde e da doença, em sua dimensão coletiva, e, por outro lado, pela clínica, enquanto conhecimento da saúde e da doença em sua dimensão individual.

Em sua análise, Mendes-Gonçalves (1994) coloca que a clínica foi uma das características mais importantes da concepção do objeto elaborada pela medicina moderna, que é a individualização do normal e do patológico no nível do corpo do homem indivíduo-biológico, concebido como alteração morfológica ou funcional, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo. O modelo clínico tem como base os conhecimentos científicos: a fisiologia e a patologia, que impulsionaram o desenvolvimento de instrumentos de intervenção (consultas médicas, medicamentos, recursos diagnósticos etc.) (Campos, 2004).

A epidemiologia é o saber que estrutura o conhecimento da saúde e da doença em sua dimensão coletiva. Seu saber tecnológico se consolida no conhecimento das circunstâncias e das variações externas de um fenômeno já identificado pelo saber biomédico. Desenvolve instrumentos tais como a construção de indicadores e identificação de fatores de risco, procede à descrição de quadros de distribuição da doença, realiza comparações entre grupos, espaços e períodos e elabora a construção de conhecimentos esclarecedores sobre a causalidade das doenças, interações entre fatores de risco e doenças, chances de adoecimento e possibilidades de prevenção, apresentando também as potencialidades de prever o desenvolvimento tendencial dos agravos à saúde. Tal saber alcançou importância

por atender à necessidade de controle de doenças em escala populacional e sua finalidade é a erradicação, diminuição ou estabilização de casos novos que possam ocorrer. Os instrumentos fundamentalmente utilizados são a educação em saúde e o saneamento. Os dois modelos não são excludentes, mas complementares (Mendes-Gonçalves, 1992, 1994).

Para Mendes-Gonçalves (1994), a característica mais contrastante da epidemiologia em relação à clínica é a racionalidade tecnológica de seu trabalho e a capacidade da primeira em gerenciar a segunda, sem que o inverso seja verdadeiro. Os atos clínicos individuais podem ser submetidos a controle do tipo “avaliação da eficácia e eficiência”, fornecendo parâmetros lógicos no plano coletivo e podendo subsidiar a escolha das características técnicas dos atos clínicos. Essa possibilidade é denominada **integração sanitária** e não se limita “à mera coexistência dos dois tipos de práticas em instituições únicas” (Mendes-Gonçalves, 1994). No entanto, as ações clínicas ou epidemiológicas não se reduzem a atos técnicos, e a possibilidade de normatização de procedimentos clínicos a partir de critérios epidemiológicos esbarra nos determinantes sociais da divisão das práticas de saúde, sendo que geralmente a integração é limitada. Para isso, seria necessário compreender o saber epidemiológico em sua dimensão histórica, articulada ao conjunto das práticas sociais e especialmente articulada à prática clínica, com limitações e vantagens.

Mendes-Gonçalves (1994) reitera que ambos os modelos são complementares no sentido de atuação frente às diferentes necessidades sociais do âmbito da saúde e da doença, sendo imprescindíveis para o cuidado, apesar de “desigual valoração técnico-social”.

Tomando como referencial o processo de trabalho em saúde, Peduzzi (1998) estudou o trabalho em equipe e explica que cada profissional opera de forma peculiar seus saberes e instrumentos, sendo que no conjunto do trabalho em saúde existe interdependência, pois os trabalhos são complementares. A autora elaborou uma construção teórica de dois tipos polares: a equipe agregação e a equipe integração. A equipe agregação é uma simples justaposição, ficando o trabalho de cada profissional articulado objetivamente, mas não intersubjetivamente. No tipo equipe integração há uma intervenção mais ativa e consciente dos agentes; evidenciam-se as conexões, com articulação e complementaridade objetiva e “conformação de um projeto assistencial comum que integra as múltiplas dimensões das necessidades de saúde” (Peduzzi, 1998, 2001).

Peduzzi (1998) descreve algumas características nos serviços com a institucionalização do trabalho em saúde, criando-se vários constrangimentos ao livre exercício do trabalho, pois os profissionais precisam cumprir regras institucionais referentes a fluxos de usuários, sistemas de informação, comunicação e hierarquia existente, necessitando de respeito e adaptação à cultura institucional, que abriga valores e tradições.

Schraiber (1996) expõe que a partir dos estudos de Mendes-Gonçalves pode-se fazer a “mediação entre a ciência e o que vai ser feito diante dos problemas sociais”. Essa mediação usa o conhecimento científico, recriando-o na prática da atenção e utilizando também a experiência, própria e dos outros, de trabalho com os casos. A esse conhecimento em ação, que não é mais ciência estrita, denomina “saber operante da ação”, categoria própria do trabalho. Relata que Mendes-Gonçalves abriu o caminho para a produção de pesquisas empíricas, dada sua capacidade de lidar com intenções mais abstratas rumo à politização concreta das

práticas, aproximando-se do saber operante efetivamente praticado, além de constituir uma abertura teórica e possibilidade de ampliar nosso olhar para pensarmos outros objetos.

Nesta pesquisa, analisaremos o trabalho operado cotidianamente no PACS e PSF, enfocando especialmente as visitas domiciliares e buscando identificar os elementos tecnológicos nessa prática relacionados com as dimensões da integralidade.

3.3 INTEGRALIDADE EM SAÚDE

A Constituição Federal expressa que as ações de saúde têm como diretriz o “atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art. 198). O texto constitucional foi complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica de Saúde, segundo a qual as ações e os serviços de saúde do SUS têm como princípio:

[...] a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990, art. 7).

Desde então os elementos que compõem esse princípio são pautados com maior prioridade nos debates e estudos sobre os sistemas e modelos de saúde, organização de serviços e práticas de saúde. Frente às necessidades de saúde e à reorganização de serviços de saúde, novos desdobramentos da importância e aplicação da integralidade emergiram em contraposição ao reducionismo, à fragmentação das práticas, à objetivação dos sujeitos e ao enfoque na doença e nas intervenções curativas (Mattos, 2001).

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, mas uma bandeira de luta e, segundo Mattos (2001), uma “imagem objetivo”, que tenta indicar uma direção, sem porém chegar a ser detalhada como um projeto específico, e sim sempre expressa em enunciados gerais. No campo da saúde, a integralidade é pois uma expressão polissêmica, ou seja um conjunto de sentidos que podem ser desdobrados em um grande número de possibilidades de realidades futuras (Camargo Jr., 2003; Mattos, 2001, 2004; Pinheiro, Mattos, 2001).

Segundo Mattos (2001) um marco histórico importante foi o Movimento da Medicina Integral, nos Estados Unidos, na década de 1960, cuja crítica se voltava às atitudes dos profissionais cada vez mais fragmentárias diante dos pacientes com o desenvolvimento das especialidades médicas. Assim, a integralidade, tal como concebida pela Medicina Integral, busca superar essa fragmentação apreendendo as necessidades mais abrangentes de seus pacientes e incluindo às dimensões exclusivamente biológicas os conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico-paciente, à sociedade e a contextos culturais. Em decorrência disso, o ensino médico deixaria de ater-se exclusivamente às enfermarias dos hospitais, sendo ampliado para os ambulatorios e as comunidades, locais que “permitem mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes”, valorizando os aspectos psicológicos e sociais (Mattos, 2001).

Mattos (2001) propõe três conjuntos de significados da integralidade, intrinsecamente associados. No nível das práticas de saúde, a integralidade se expressa na compreensão do conjunto das necessidades de saúde, além do problema expresso inicialmente. O segundo conjunto de sentidos da integralidade está relacionado com a organização do trabalho nos serviços de saúde, a fim de conciliar o atendimento à demanda espontânea devida às necessidades sentidas

pela população, com o perfil dos problemas apreendido epidemiologicamente. A integralidade necessitaria, portanto, de um diálogo entre dois “modelos”: o clínico e o epidemiológico (Mattos, 2001). O terceiro conjunto de sentidos é relativo às configurações mais abrangentes de certas políticas específicas, direcionadas a um determinado problema de saúde ou necessidades de grupos específicos, como no caso da aids ou de mulheres. Segundo Mattos (2001) a integralidade se dá com a “visão mais abrangente daqueles que serão os ‘alvos’ das intervenções, a voz coletiva dos grupos sendo levada em consideração”.

Segundo Paim (2003), a integralidade relaciona-se com a discussão sobre os modelos tecnológicos de saúde, isto é, a composição dos vários modos de intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde e diversos níveis assistenciais. A operacionalização dos modelos era dificultada pela hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, de forma que o movimento sanitário propunha uma totalidade de mudanças que passava também pela reorganização das práticas de saúde. A compreensão é de que a saúde da população resulta da forma como a sociedade se organiza, considerando-se as dimensões econômica, política e cultural, e não somente o setor saúde. Ao longo das últimas décadas realizaram-se vários estudos e empreenderam-se iniciativas buscando articular as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, tanto na dimensão individual como na coletiva. As ações programáticas, os programas de saúde da família e a vigilância em saúde são algumas das possibilidades de intervenção, com peculiaridades nos diversos enfoques: necessidades sociais, território, grupos prioritários, vínculos, fortalecimento nas ações de vigilância, condições e estilos de vida.

Mattos (2004) discorre sobre as experiências de concretização da integralidade, que considera ser a “capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, a modo de identificar os momentos propícios a tal oferta”, momentos esses que podem ser fases da vida, momentos particulares ou espaços diferenciados, como o domicílio e locais de trabalho

No presente estudo, um dos sentidos da integralidade, eleito para orientar a análise do material empírico coletado, é a leitura ampliada de necessidades. A nosso ver, essa possibilidade estaria articulada a uma oferta de processos de trabalho diversos, operando diferentes saberes além do clínico, uma vez que a própria prática dos serviços é contexto instaurador de necessidades mais ampliadas (Mendes-Gonçalves, 1992; Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996; Lima *et al.*, 2000).

Na prática, a integralidade seria a maneira como o profissional utiliza conhecimento e técnicas voltados ao reconhecimento e tratamento de doenças e outros sofrimentos já manifestos e o reconhecimento articulado e negociado de fatores de risco e elementos de vulnerabilidade que aumentam a probabilidade de agravos ou adoecimento. O profissional ou equipe que aplicam seu conhecimento sobre prevenção ou investigam doenças articulando a assistência com a prevenção ou promoção exercem uma dimensão da integralidade.

Além disso, outro sentido escolhido e intimamente relacionado ao primeiro foi a organização do processo de trabalho a partir das necessidades operacionalizadas por um conjunto de outras ações, além das exclusivamente clínicas, ligadas à cidadania e bem-estar, que não se restringem às atitudes dos profissionais individualmente, mas abrangem ações de outras áreas, como educação, trabalho e habitação, configurando as ações intersetoriais.

O terceiro sentido escolhido diz respeito mais especificamente à qualidade da relação interpessoal estabelecida e baseia-se na contribuição de Ayres (2004, 2006b), que destaca o vínculo entre ontologia existencial e a reflexão sobre as práticas de saúde, pois a valorização ou recuperação dos projetos existenciais de felicidade de cada pessoa relaciona-se mutuamente com a reconstrução das práticas de saúde. O autor propõe uma reflexão em torno da noção de Cuidado considerando “as relações dessa centralidade dos projetos no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com os modos de agir e interagir”

O Cuidado, portanto, abrangeria uma série de princípios teóricos e práticos que podem subsidiar os desafios conceituais e práticos para a humanização das práticas de saúde.

A aproximação dos dois projetos — da normalidade morfofuncional, característica das tecnociências biomédicas modernas, e da felicidade das pessoas — seria possível pelo diálogo entre as dimensões técnicas e não-técnicas. Ayres (2004) adota o termo ‘Cuidado’ para designar uma “atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico e mental, e por conseguinte, também das práticas de promoção ou recuperação da saúde”. A relação terapêutica poderia ser construída e reconstruída por uma sabedoria prática “posta em ação por um misto de circunstância, desejo e razão dos que se encontram”. A sabedoria prática é, pois, um modo não-calculado e não-calculável que tornaria possível o movimento de humanização do encontro terapêutico e sua transformação em Cuidado, tendo diversos pontos em comum com a idéia de saber operante, já discutida acima.

Ayres (2004) considera que o diálogo seria a base do encontro, envolvendo um autêntico interesse em ouvir o outro, consistindo, porém, em uma escuta qualificada, uma atitude de decisão em função de algo e em coerência com os projetos de felicidade: o processo de (re)construção identitária dos envolvidos.

Portanto, tomando a integralidade como eixo norteador das práticas, vários de seus sentidos podem estar presentes, alguns mais evidentes que outros, porém em constante movimento e imbricados de tal modo que esta não se encerra em uma atividade isolada, mas abrange a totalidade da atenção à saúde.

Neste estudo, as visitas serão analisadas articuladas ao trabalho realizado pela equipe/unidade na perspectiva da integralidade, com um olhar atento para as seguintes dimensões, que aqui são listadas separadamente apenas para fins de análise:

- a) Apreensão ampliada das necessidades de saúde, considerando-se as demandas expressas pela população, as propostas de intervenção colocadas pelos serviços e sua negociação. Tal apreensão é mais integral quanto mais não se reduza a alterações anatomofisiológicas.
- b) Organização do processo de trabalho visando a articulação entre promoção/prevenção e assistência, utilizando os saberes clínicos e epidemiológicos de diferentes profissionais, níveis assistenciais e instâncias intersetoriais.
- c) Valorização de aspectos inter-relacionais e intersubjetivos que permeiam essa prática, sendo mais integral a abordagem pautada no sentido do diálogo, do vínculo, da confiança, da autonomia e da responsabilidade.

CAPÍTULO 4

O PERCURSO METODOLÓGICO

O tema a ser investigado pressupõe a utilização da pesquisa de tipo qualitativo, pois nosso objetivo é analisar o conteúdo das práticas em saúde pela investigação dos sujeitos com suas experiências, valores, relações, motivações e expectativas, além de suas ações concretas no trabalho cotidiano realizado, aspectos esses inseridos em um determinado contexto histórico e social.

Para Denzin e Lincoln (2006), a “pesquisa qualitativa compõe um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo”.

Esse tipo de pesquisa tem por condição inicial que o pesquisador se disponha a um movimento de “ir e vir”, ou seja, as etapas da pesquisa não são claramente delimitadas e estanques, pois ao mesmo tempo em que se fazem perguntas, encontram-se respostas e surgem novas indagações. A experiência profissional proporciona inspirações e inquietações para buscar a delimitação do objeto de estudo e os objetivos; por sua vez, os referenciais teóricos e o estado da arte acuram a percepção do pesquisador para revisitar a prática no processo de investigação. A pesquisa tem, portanto, essa marca: é uma construção, a partir de um diálogo crítico e reflexivo, também com outros autores e permeada da experiência do trabalho de campo.

Na pesquisa qualitativa há uma interação entre o pesquisador e o objeto de estudo. Sua marca é a não-neutralidade, pois a subjetividade do pesquisador está

presente na pesquisa, reconhecendo-a como elemento importante para a análise e objetivação, ainda que parcial e temporária, da realidade.

Nosso enfoque foi a realização de uma *descrição densa* das situações e dos casos, com atenção para alguns aspectos específicos, com o intuito de compreender a complexidade e profundidade do tema em estudo.

As técnicas de coleta de dados utilizadas, consoantes com os objetivos da pesquisa, foram a observação direta e entrevistas semi-estruturadas com diversas categorias profissionais e também com usuários, que permitiram obter vários ângulos de visão sobre o mesmo objeto — técnica conhecida como triangulação (Triviños, 1994; Minayo, 2004; Minayo *et al.*, 2005). A triangulação é uma alternativa para a validação, pois consiste na combinação de múltiplas práticas metodológicas, materiais empíricos e perspectivas em um único estudo: “é como uma estratégia que acrescenta fôlego, complexidade, riqueza e profundidade a qualquer investigação” e “reflete uma tentativa de assegurar uma compreensão em profundidade do fenômeno em questão” (Denzin, Lincoln, 2006).

O trabalho científico busca uma aproximação racional e objetiva, pois a realidade, tal como é, não pode ser apreendida na totalidade. A validade é garantida primordialmente pela apresentação detalhada dos referenciais teóricos e de todo o processo da pesquisa e pela aceitação da comunidade de pares pesquisadores.

Na pesquisa, o investigador deve compreender os significados que constituem as ações, isto é, desvendar os conteúdos subjacentes ao que está sendo manifestado, pois o interesse é identificar ideologias, tendências e outras características do fenômeno a ser estudado. Além disso, busca-se estabelecer

articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões colocadas pelos objetivos (Gomes, 2002).

Assim, segundo Schwandt (2006), “para entender o significado da ação humana, é preciso que se compreenda a consciência ou intenção subjetiva do ator, a partir de dentro”. O pesquisador é um intérprete e reproduz ou reconstrói um significado.

Buscaremos uma aproximação desse tipo com o universo pesquisado, através do diálogo permanente com os relatos da observação realizada e das entrevistas.

A seguir, apresentaremos o cenário do estudo, o trabalho de campo com os contatos iniciais e o dia-a-dia da pesquisa, as técnicas de coleta de dados, o perfil dos sujeitos entrevistados e os procedimentos de análise.

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO: CAMPO GRANDE E A ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

O estudo foi desenvolvido no município de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, com área de 8 118 km² localizada na porção central do estado (Campo Grande, 1999). A estimativa populacional, segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Datasus (Campo Grande, 2004a), é de 719 362 habitantes, correspondendo a um terço da população estadual. Destes, 707 637 (98,37%) vivem na zona urbana e 11 725 (1,63%) na rural.

Sauer e Campelo (2005) analisaram o “Mapa de exclusão/inclusão social do município de Campo Grande” a partir do “Cadastro Único” para os Programas

Sociais do Governo Federal e citam que a densidade demográfica da cidade é de 81,6 habitantes/km², sendo a maior do estado, embora ocupando a 791.^a posição entre as cidades brasileiras. Considerando-se que, quanto maior o adensamento demográfico, maiores são os problemas de gestão pública, Campo Grande é a cidade sul-mato-grossense que apresenta os maiores desafios.

No período 1991-2000 a taxa média de crescimento anual foi de 2,72% e quase todos os índices gerais da cidade melhoraram. A expectativa de vida é de 70,4 anos, havendo na última década ocorrido redução da taxa de analfabetismo da população de 9% para 6%, acompanhada de aumento no número de anos de estudo, de 6,3 para 7,3. O aumento da renda *per capita* foi discreto, com ligeira concentração de renda. A quase totalidade da população de Campo Grande (cerca de 95%) tem acesso a água encanada, energia elétrica e coleta de lixo urbano, e em geral as condições de vida melhoraram (Sauer, Campelo, 2005).

Segundo Sauer e Campelo (2005) quanto aos indicadores de vulnerabilidade familiar, verifica-se um percentual elevado de mães com 15 a 17 anos e, de cada quatro crianças, uma vive em família cuja renda *per capita* é inferior a meio salário mínimo. Em geral, o Índice de Desenvolvimento Humano municipal posiciona Campo Grande entre os primeiros 5,6% dos melhores municípios do país, mas ao observarmos o município mais de perto, especificamente nos bairros menos centrais, constata-se grandes diferenças e desigualdades sociais.

A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), na qual a pesquisadora do presente estudo trabalha como docente, mantém convênio com a Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU) para fins de estágio das disciplinas

do curso de Enfermagem. Esse trabalho conjunto favorece a integração das instituições e a realização de projetos de pesquisa, entre outras atividades.

A SESAU opera em todo o município de Campo Grande de forma regionalizada, organizada em uma rede própria de prestação de serviços, em quatro distritos sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste. Em cada distrito funciona um conjunto de Unidades Básicas (urbanas e rurais), além de Centros Regionais de Saúde que atendem 24 horas por dia, Centros de Referência para Especialidades e Policlínicas Odontológicas.

Quanto ao perfil epidemiológico, as cinco causas mais frequentes de atendimento realizados na Rede Municipal de Saúde (REMUS) são hipertensão arterial, nasofaringite aguda, amigdalite, influenza de vírus não identificado e infecções agudas de vias respiratórias. Entre as doenças de notificação compulsória, as de maior incidência são aids, tuberculose, hepatites B e C, leishmaniose visceral, doença meningocócica e dengue (Campo Grande, 2006). Em 2007, uma grave epidemia de dengue assolou a capital.

A mortalidade proporcional mais elevada corresponde ao infarto agudo do miocárdio, diabetes *mellitus*, pneumonia e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas. A taxa de mortalidade infantil é de 13,4 por 1 000 nascidos vivos (Campo Grande, 2006).

Em relação ao sistema de saúde, Campo Grande assumiu a gestão plena desde 1996. A estrutura administrativa é composta de órgãos de assessoria direta e de dois órgãos coordenadores das atividades finalísticas da SESAU: as Coordenadorias de Vigilância em Saúde e de Assistência à Saúde. A primeira engloba as áreas de Vigilância Sanitária, Epidemiologia e Vigilância Ambiental,

incluindo Controle de Vetores. A segunda abrange todo o provimento de insumos estratégicos, desenvolvimento de programas e a coordenação dos serviços da REMUS e das estratégias do PACS e PSF (Campo Grande, 2005a)

Em Campo Grande, o PACS e o PSF tiveram início respectivamente em 1998 e 1999, e na fase inicial da implantação foram mapeadas 32 áreas de risco, consideradas prioritárias para a estratégia do PSF (Dobashi, 2002).

O processo de ampliação dos programas é complexo e apresenta aspectos específicos, como a escolha de áreas segundo critérios epidemiológicos e de maior risco social, a contratação exclusiva de profissionais concursados, a criação do cargo de ACS no plano de cargos da prefeitura e a criação de uma agência ligada à secretaria de saúde para contratação dos agentes em regime celetista. Além disso, há lotação preferencial das equipes de PSF em unidades específicas, havendo-se também criado uma coordenação municipal de PACS e PSF. Atualmente a SESAU prioriza a implantação de equipes de saúde da família com inclusão de profissionais de saúde bucal. Entre as dificuldades relatadas pela coordenação do programa estão a baixa adesão do profissional médico ao PSF, dificultando a ampliação e, às vezes, a manutenção do número das equipes implantadas, e as inadequadas instalações físicas das unidades. Além disso, relatam haver obstáculos relacionados ao perfil profissional dos integrantes da equipe, apontam que as informações sobre impacto ainda são precárias e expressam a necessidade de educação continuada, avaliação e maiores investimentos (Dobashi, 2002; Campo Grande, 2005b).

A atenção básica de saúde em Campo Grande é, portanto, constituída de três modalidades de atenção básica: PSF, PACS e, em algumas áreas, unidades básicas de saúde “convencionais”.

Conforme o Relatório de Gestão 2005 (Campo Grande, 2006), no final de 2005 a cobertura populacional do PACS era de 55,2% e a do PSF de 18,2%, correspondendo conjuntamente a 73,4% da população municipal (Fig. 4.1).

A implantação do PSF, apesar de gradativa, está ainda abaixo do alcance programado, concentrando-se em áreas de maior risco, localizadas em regiões mais periféricas da cidade e em alguns bairros novos. Dessa forma, a configuração atual do PSF em Campo Grande apresenta-se esparsa, como pode ser observado no mapa (Figura 4.1), e sua ampliação tem sido mais lenta do que a programada. Houve maior expansão numérica do PACS e conseqüente maior cobertura populacional por esse programa, com permanência maior que a inicialmente esperada, pois previa-se que o PACS seria uma modalidade transitória para o PSF. Devido à expansão, permanência e alcance da cobertura do PACS em Campo Grande, optou-se por incluí-lo neste estudo.

Além disso, em Campo Grande os ACS também realizam durante as visitas domiciliares as ações do Plano Nacional de Controle da Dengue (PNCD).

Fonte: Coordenadoria Geral PACS-PSF, SESAU, Campo Grande, MS

Em 2002, a SESAU aderiu ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), de iniciativa do Ministério da Saúde e com apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), “projeto esse que visa contribuir para a implantação e consolidação da estratégia Saúde da Família por meio da qualificação do processo de trabalho” e do desempenho dos serviços em municípios com população superior a 100 000 habitantes. Em vista disso, a coordenação municipal do PACS e PSF desenvolve um projeto que engloba a ampliação no número de equipes e a capacitação destas (Brasil, 2003c).

4.2 TRABALHO DE CAMPO

As técnicas de pesquisa utilizadas foram a observação direta das atividades das equipes de PACS e PSF e entrevistas com profissionais de saúde, usuários residentes nas áreas e coordenadores dos programas mais diretamente relacionados com as visitas.

Para a realização do trabalho de campo, procedemos a várias atividades que nos possibilitassem apreender a realidade da visita domiciliar no PACS e PSF no contexto abrangido pela SESAU. Os primeiros contatos com a coordenação ocorreram em novembro de 2004, na fase de delimitação do objeto de pesquisa, a fim de se obterem informações sobre a estruturação dos programas, a organização do trabalho e a inserção da visita domiciliar. Os profissionais da coordenação demonstraram interesse, falaram sobre a proposta de expansão dos programas no município e reiteraram a importância da pesquisa. Em abril de 2005 fizemos um novo contato com a coordenação para apresentar o projeto de pesquisa e obter informações mais atualizadas sobre o número e localização das equipes de PSF e

PACS já implantadas e sobre algumas de suas características quanto à composição e tempo de implantação.

Em agosto de 2005, o projeto foi apresentado aos gestores das Secretarias de Saúde estadual e municipal para obtenção de anuência para a realização da pesquisa, e em outubro recebeu-se aprovação da Comissão de Ética para Análise dos Projetos de Pesquisa da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (Protocolo 879/05) e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (Protocolo 634) (Anexos A a D).

Em seguida, foi feita a escolha das equipes participantes do estudo, juntamente com a coordenação municipal dos programas, segundo os critérios de inclusão adotados: equipes que fossem completas, com tempo de implantação não inferior a seis meses e que não operassem como unidades de estágio da disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva, da qual a pesquisadora é docente. Foi solicitada à coordenação municipal a indicação de equipes reconhecidas como de boa qualidade técnica, já que nossa intenção era o estudo da visita domiciliar em suas possibilidades e potencialidades.

Esses critérios mostraram-se favoráveis para se apreender a realidade das equipes já implantadas, que dispunham de conhecimento das características geográficas e epidemiológicas da área e que atendiam às exigências ou prerrogativas estabelecidas pelo programa.

Uma vez selecionadas as equipes, foi elaborado um cronograma de coleta de dados, de acordo com a disponibilidade das equipes e da pesquisadora e com concordância do Setor de Controle Social e Educação Permanente da SESAUI.

Todos os contatos foram importantes, sendo favoráveis não apenas para cumprimento das exigências formais, mas também porque propiciaram um ambiente proveitoso para a coleta de dados.

Nossa intenção foi conhecer as diversas realidades em que a visita domiciliar está inserida, e por isso planejamos pesquisar três equipes de PACS e três de PSF, ou seja, conhecer seis contextos de trabalho diferentes, optando por isso por equipes lotadas em diferentes unidades de saúde. A decisão de trabalhar com três equipes de cada modalidade em unidades diferentes visou obter a maior diversidade possível de material empírico. O tempo de permanência inicialmente previsto foi de 10 dias úteis nas equipes de PACS e de 15 nas de PSF, com o intuito de se observarem pelo menos duas semanas típicas. Às equipes de PSF foi reservado maior tempo para que fosse possível acompanhar os profissionais nas visitas.

O período de trabalho de campo estendeu-se de 9 de novembro de 2005 a 21 de julho de 2006, com uma interrupção de 3 de março a 28 de maio de 2006, devido as atividades acadêmicas da pesquisadora. Apenas uma das equipes de PSF escolhidas foi substituída, devido a mudança recente na composição dos profissionais.

No início da coleta de dados nas unidades de saúde, a pesquisadora estabeleceu contato telefônico com o gerente para uma breve apresentação, confirmação do recebimento do ofício enviado pela gerência do Setor de Controle Social e Educação Permanente e agendamento do dia para o primeiro contato pessoal. Assim, a apresentação da unidade e dos profissionais foi geralmente intermediada pelo gerente ou, quando este estava impossibilitado, pelo enfermeiro

da equipe. Nesse primeiro encontro, foram também apresentados os objetivos da pesquisa e as técnicas utilizadas, e ouviu-se a exposição desses profissionais sobre o funcionamento da unidade e as características do trabalho desta.

Nas três equipes de PSF realizavam-se atividades práticas com os alunos dos cursos de medicina e/ou enfermagem vinculados a uma instituição de ensino privada. Durante o período de observação das equipes de PACS neste estudo, não se realizava nenhuma atividade de ensino de cursos de graduação ou nível médio. A receptividade de todos os profissionais foi muito boa, em parte pelo fato de que as equipes estavam habituadas à presença de outros profissionais, como professores e alunos dos cursos de graduação da área da saúde e visitas de supervisão, e demonstraram interesse pela temática a ser pesquisada.

No entanto, a presença de um pesquisador era algo novo, que despertava ao mesmo tempo curiosidade e certo constrangimento, por possível associação com intromissão e fiscalização do trabalho. Nessas situações, e segundo orientações de Triviños (1994) sobre as técnicas de pesquisa, foram esclarecidos os objetivos do estudo e o compromisso com o anonimato dos profissionais e usuários. Para a realização da observação é importante que as pessoas concordem, compreendam os objetivos do estudo e se sintam à vontade, de modo que o pesquisador possa obter os dados mais próximos possíveis da realidade. A pesquisadora procurou inserir-se no dia-a-dia do trabalho, demonstrando seu interesse por todos os aspectos, desde os mais corriqueiros até as situações mais raras e inusitadas. Dialogava com as pessoas sobre os assuntos do dia e estava presente a várias atividades de atendimento, como consultas de enfermagem, verificação de pressão arterial, curativos, agendamento, organização de materiais, preenchimento de relatórios e orientações do enfermeiro aos técnicos de enfermagem e ACS.

Neste tipo de estudo, recomenda-se o estabelecimento de uma relação de empatia e respeito entre o observador e observados, por estarem envolvidos aspectos da subjetividade de ambos, como valores, experiências e sentimentos em relação à realidade vivenciada. Portanto, além dos procedimentos formais, mostrou-se importante a atitude da pesquisadora frente aos sujeitos de estudo, sumarizada na expressão coloquial: “Licença, posso entrar?”, demonstrada com uma postura de olhar atento, escuta qualificada, interesse, respeito pelas diferenças e interlocução para maiores esclarecimentos, procurando-se evitar a invasão e respeitar as situações em que os participantes estivessem ocupados ou não quisessem se expor. Também lhes era explicado que a pesquisadora não realizaria atividades de enfermagem.

4.3 A OBSERVAÇÃO DIRETA

O período de observação nas equipes de PACS variou de 12 a 14 dias e os tempos de permanência nas três equipes foram de 53 horas e 30 minutos, 60 horas e 65 horas. Nas três equipes de PSF, o período de observação variou de 14 a 16 dias, com permanências de 70 horas, 76 horas e 84 horas .

O tempo de observação diária variou de uma a sete horas, sendo o menor tempo diário devido à saída dos profissionais para reuniões e treinamentos, a outras atividades da pesquisadora ou a transtornos meteorológicos (chuvas fortes). Ao longo de todo o período de observação, a pesquisadora procurou manter vínculo com a equipe e estar presente em todos os momentos de uma “semana de trabalho típica”, ou seja, buscou-se observar a unidade em todos os turnos de

funcionamento. O interesse foi conhecer as atividades de forma integrada, reconhecendo a seqüência e relações nelas estabelecidas.

A observação em horários variáveis tornou o estudo um pouco mais informal, aspecto favorável por deixar os profissionais mais à vontade e permitir demonstrar que o propósito da pesquisa não era a quantificação, mas o conhecimento e compreensão da dinâmica de trabalho e especificamente a relação com as visitas domiciliares. Esse posicionamento revelou-se adequado também para acompanhar as situações em que as visitas domiciliares eram planejadas mas não realizadas, facilitando ao profissional explicar os motivos da não-realização. O profissional com quem menos permanecemos na unidade foi o odontólogo, porque seu trabalho era realizado em local específico.

Durante os dias de observação, permanecemos em alguns horários no Ponto de Apoio (local onde os ACS se reúnem) a fim de observar o trabalho com os agentes e identificar as situações apresentadas e discutidas com a enfermeira.

A fim de subsidiar a pesquisa, foi utilizado um roteiro de observação (Apêndice C) para organizar a observação espontânea e sistematização de alguns dados. Durante a observação procedeu-se também à leitura de registros e impressos utilizados na unidade e a anotações breves em bloco de notas. Ao final de cada período, fazia-se o registro detalhado dos fatos ocorridos e presenciados e das impressões e reflexões da pesquisadora.

Nogueira-Martins e Bógus (2004) descrevem que o material de observação anotado em diário de campo, com temas, *insights* e idéias teóricas, constitui a “viagem intelectual e emocional do pesquisador”.

4.3.1 OBSERVAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES

Nos primeiros contatos com os integrantes das equipes, era exposto claramente o interesse em acompanhá-los nas visitas domiciliares. Assim, vários profissionais já explanavam espontaneamente sua rotina de trabalho e o agendamento das atividades, algumas inclusive mais esquematizadas em escalas de trabalho, que serão descritas ao tratarmos da dinâmica do trabalho e das visitas. As visitas realizadas nas equipes de PACS e por nós acompanhadas foram as de enfermeiro, ACS e supervisor do PNCD. Em uma equipe de PACS acompanhada por nós, a enfermeira também exercia a função de gerente na unidade.

Nas equipes de PSF, acompanhamos o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e a assistente social, que algumas vezes realizavam as visitas isoladamente e outras em dupla (como médico e técnico ou enfermeiro e técnico de enfermagem). Não acompanhamos, porém, a visita realizada pelo odontólogo, nem as dos profissionais que ocupam o cargo de gerência, o que se justifica pelo reduzido número de visitas que esses profissionais realizam. Por esse motivo, neste trabalho não será feita uma análise pormenorizada das visitas desses profissionais.

Além disso, tanto no PACS como PSF acompanhamos o trabalho de dois agentes comunitários de saúde de cada equipe, durante pelo menos dois períodos cada um.

O Quadro 4.1 sumariza o número de visitas que acompanhamos durante o trabalho de campo.

Quadro 4.1. Visitas domiciliares acompanhadas pela pesquisadora durante o trabalho de campo. Campo Grande, 2005-2006.

Profissional	PACS	PSF
Enfermeiro	19	19
Agente comunitário de saúde	57	82
Supervisor do PNCD	2	–
Técnico de enfermagem	–	5
Médico	–	10
Assistente social	–	3

Algumas visitas foram realizadas por duplas de profissionais (por exemplo, médico e técnico de enfermagem ou enfermeira e agente comunitário).

Durante o período de observação das equipes, não acompanhamos nenhuma visita domiciliar realizada por gerentes ou odontólogos. Devido a esse fato, e também às especificidades que envolvem cada uma destas práticas profissionais, optamos por excluir deste estudo a análise dessas visitas.

4.3.2 ENTREVISTAS

Nos estudos qualitativos, a entrevista é um momento singular de exposição de informações, sentimentos, valores e percepções sobre uma experiência vivenciada. Optou-se pela utilização da entrevista semi-estruturada, que consiste em uma combinação de perguntas fechadas e abertas, com a qual, segundo Minayo (2004), o “entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto”. A utilização de um roteiro de entrevistas presta-se a orientar uma “conversa com finalidade”, que tem como propósito a obtenção de dois tipos de dados: os objetivos, como informações sobre a rotina de atendimentos, registros e normas, e os subjetivos, como atitudes, valores e opiniões.

Triviños (1994) complementa que nessa técnica parte-se de certos questionamentos básicos que se apóiam em teorias que interessam à pesquisa e oferecem amplo campo de interrogativas à medida que o informante responde. Cita que o informante, seguindo “espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco colocado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa”. Considera-se, assim, que a entrevista é um momento reflexivo, e que os pensamentos e as opiniões retratam um determinado momento histórico e de relações sociais.

Em todas as entrevistas foram feitos esclarecimentos quanto ao uso do gravador, sigilo dos dados de identificação e previsão da duração. Esses procedimentos são recomendados por Triviños (1994) para a condução das entrevistas de forma mais tranqüila, em horário e ambiente mais favoráveis. Para a entrevista procurou-se um ambiente mais reservado, que favorecesse a atenção e a interação entre entrevistador e entrevistado, e também para uma gravação com maior qualidade em fitas de áudio. No início de cada entrevista foi feita a entrega, com orientação sobre sua finalidade, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais (Apêndice A) e usuários (Apêndice B), conforme recomendações da Resolução n.º 196/96 do Ministério da Saúde (Brasil, 2000). O termo foi preenchido em duas vias, sendo entregue uma cópia ao entrevistado e permanecendo a segunda com a pesquisadora. Para essas entrevistas foi utilizado um roteiro orientador previamente elaborado de acordo com a especificidade dos sujeitos a serem entrevistados: profissionais de saúde que realizam a visita (Apêndice D), ACS (Apêndice E), equipe de coordenação dos programas e gerentes das unidades (Apêndice F) ou usuários e familiares que recebem visita domiciliar (Apêndice G).

Todos os roteiros se compuseram de dois blocos, sendo o primeiro referente à identificação do entrevistado, com perguntas fechadas, cujas respostas foram sucintas, e o segundo correspondendo à organização e realização da visita domiciliar. Nesses roteiros as perguntas eram tópicos sobre os quais o entrevistado era estimulado a responder valendo-se de livre associação de idéias. Dessa forma, o transcurso da entrevista algumas vezes diferiu do inicialmente previsto, com contribuições importantes dos entrevistados e, como expõem Triviños (1994) e Turato (2003), com a inclusão de novos tópicos de grande valor para o estudo.

Na apresentação do trabalho e durante o período de observação, os profissionais foram informados sobre a realização da entrevista, assegurando-se a eles a escolha do melhor dia e horário, aspecto importante para se poder contar com a participação e colaboração dos entrevistados.

As entrevistas com os profissionais de saúde apresentaram maior diversidade, tanto na duração como no conteúdo, em parte devido a heterogeneidades na formação, na experiência profissional e no grau de envolvimento e satisfação em relação ao trabalho. Assim, esse foi o roteiro que sofreu mais adaptações nas entrevistas. Em dois casos, a entrevista foi realizada em duas sessões, devido ao volume de informações a serem veiculadas e à disponibilidade de tempo do entrevistado.

A seleção dos ACS para inclusão no estudo foi feita de forma conjunta com o enfermeiro da equipe. Após expor nosso objetivo de conhecer a diversidade e possibilidades da visita, propúnhamos escolher agentes mais antigos e com boa atuação. Assim, já procurávamos acompanhar esses agentes nas visitas e em seguida entrevistá-los, pois o contato próximo do trabalho facilitava a condução da

entrevista com maior profundidade. As respostas dos agentes comunitários de saúde apresentaram maior homogeneidade no tipo de informação relatada, porém com uma grande variedade de exemplos e situações, já que a visita é uma de suas principais atividades.

Já as entrevistas com os gerentes de unidade foram complexas, devido à quantidade de informações sobre a unidade (Apêndice H) e a equipe, bem como sobre sua atuação como gerente. Quando o gerente ocupava simultaneamente outra função, utilizaram-se ambos os roteiros.

As entrevistas com os integrantes das coordenações do PACS e PSF em nível estadual e municipal e do PNCD propiciaram um maior entendimento sobre os aspectos históricos e organizacionais dos programas. Foram feitos contatos telefônicos para agendar essas entrevistas, procurando-se deixar os profissionais à vontade quanto à escolha do melhor dia e horário.

Foram entrevistados 16 profissionais das equipes de PACS, 23 das equipes de PSF e seis da coordenação de programas, totalizando 45 entrevistas com profissionais de saúde. A duração das entrevistas com os profissionais das equipes variou de 30 a 120 minutos, com média de 50 minutos. As entrevistas com os coordenadores foram mais longas e tiveram duração de 40 a 160 minutos, e média de 120 minutos.

Na escolha dos usuários para as entrevistas, foram adotados vários procedimentos, principiando com a indicação dos enfermeiros e dos ACS. Como nosso intuito era também contar com uma maior diversidade de situações, fizemos sugestões para incluir usuários com características heterogêneas, como pessoas que já haviam anteriormente recusado a visita domiciliar do agente e indivíduos do

sexo masculino. Todas as entrevistas foram previamente agendadas com os usuários e foram realizadas em suas casas, em horários diversos. Alguns usuários foram entrevistados aos sábados ou feriados, por disporem de mais tempo nesses dias. A duração das entrevistas com os usuários variou de 5 a 90 minutos, com média de 30 minutos. Em cada modalidade de atenção foram entrevistados 12 usuários, totalizando 24, e nesse grupo obteve-se maior homogeneidade nos depoimentos, de forma que na pré-análise, durante a fase de coleta de dados, observamos saturação nas falas. Neste estudo provavelmente não conseguimos incluir usuários com alto grau de resistência aos programas, pois o contato inicial geralmente era feito pelos profissionais.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete e transcritas, digitadas e revisadas, para conferência da qualidade das informações. O material empírico das entrevistas foi submetido a um processo de edição, com retirada parcial de vícios de linguagem que pudessem dificultar a leitura e de referências que identificassem nomes e instituições. As transcrições das entrevistas com os profissionais foram entregues aos entrevistados acompanhadas de uma correspondência (Apêndice I) solicitando sua leitura e revisão, e propondo a oportunidade de alterações e acréscimos que fossem considerados necessários. Dois profissionais solicitaram alteração quanto à redação e clareza do conteúdo transcrito. Com os usuários, tal procedimento não pôde ser posto em prática, devido ao pouco tempo disponível, às dificuldades relacionadas à localização desses participantes e a seu domínio da leitura, o que dificultaria a operacionalização dessa etapa.

4.3.3 PERFIL DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

A descrição do perfil dos profissionais entrevistados será feita por modalidade de atenção (PACS e PSF). Para preservar o anonimato, não serão identificadas as respectivas equipes. Nos quadros e na análise serão utilizadas as seguintes siglas:

CE: coordenador estadual do PACS e PSF

CM: coordenador municipal do PACS e PSF

CD: coordenador do PNCD

ST: supervisor técnico do PNCD

SA: supervisor de área do PNCD

G: gerente

E: enfermeiro

M: médico

TE: técnico de enfermagem

AS: assistente social

ACS: agente comunitário de saúde

U: usuário

Os Quadros 4.2 a 4.8 apresentam a caracterização dos profissionais e usuários entrevistados. Os três primeiros referem-se às áreas cobertas pelas equipes do PACS.

Quadro 4.2. Profissionais (exceto agentes comunitários de saúde) das unidades do PACS, segundo função, sexo, idade, escolaridade, tempo decorrido desde a formação e tempo de atuação na atual equipe. Campo Grande, 2005-2006.

Sigla	Função	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Tempo decorrido desde a formação (anos)	Tempo de atuação na atual equipe (anos)
G-6	gerente	F	50	superior	14	5
G-23	gerente	F	41	especialização	21	1
G-53	gerente	F	40	superior	20	cerca de 6
SA-5	supervisor de área	M	47	não informado	22	cerca de 2
SA-26	supervisor de área	M	56	ensino médio	33	cerca de 7
SA-44	supervisor de área	M	49	superior	19	menos de 1
E-9	enfermeiro	M	30	superior	4	3
E-33	enfermeira	F	41	especialização	21	6
E-45	enfermeira	F	31	superior	5	3

Quadro 4.3. Agentes Comunitários de Saúde das unidades do PACS, segundo sexo, idade, escolaridade e tempo de atuação na atual equipe. Campo Grande, 2005-2006.

Sigla	Sexo	Idade (anos)	Grau de escolaridade	Tempo de atuação na atual equipe (anos)
ACS-3	F	33	superior incompleto	menos de 1
ACS-7	M	22	ensino médio	1,5
ACS-8	M	23	ensino médio	1
ACS-24	F	37	ensino médio	7
ACS-29	F	36	ensino médio	7
ACS-30	F	35	ensino médio	cerca de 3
ACS-48	F	47	ensino médio	6
ACS-51	F	42	ensino médio	cerca de 4

Quadro 4.4. Usuários do PACS, segundo sexo, idade, grau de escolaridade, atividade profissional e tempo de residência no bairro. Campo Grande, 2005-2006.

Sigla	Sexo	Idade (anos)	Grau de escolaridade	Atividade profissional	Tempo de residência no bairro (anos)
U-2	F	22	ensino médio	desempregada	3
U-4	F	38	superior	professora	10
U-25	F	38	ensino médio incompleto	do lar	12
U-27	F	68	ensino fundamental incompleto	do lar	20
U-28	M	51	ensino médio	eletricista autônomo	30
U-31	F	68	ensino fundamental incompleto	aposentada	37
U-32	F	47	não informado	do lar	22
U-46	M	48	ensino fundamental incompleto	em licença médica	12
U-47	F	55	ensino fundamental incompleto	artesã	23
U-49	F	73	ensino fundamental incompleto	aposentada	12
U-50	M	17	ensino médio	auxiliar administrativo	17
U-52	F	27	ensino fundamental	do lar	25

Os Quadros 4.5 a 4.7 apresentam as características dos profissionais das unidades de saúde, dos agentes comunitários de saúde e dos usuários das áreas cobertas por equipes de PSF.

Quadro 4.5. Profissionais (exceto agentes comunitários de saúde) das unidades de PSF segundo função, sexo, idade, escolaridade, tempo decorrido desde a formação e tempo de atuação na equipe. Campo Grande, 2005-2006.

Sigla	Função	Sexo	Idade (anos)	Grau de escolaridade	Tempo decorrido desde a formação (anos)	Tempo de atuação na atual equipe (anos)
G-15	gerente	F	44	especialização	22	cerca de 4
G-38	gerente	F	46	superior	27	1
G-55	gerente	F	44	superior	21	menos de 1
M-19	médica	F	50	especialização	30	cerca de 2
M-42	médico	M	49	especialização	24	5
M-67	médica	F	42	especialização	8	4
E-17	enfermeira	F	37	especialização	12	5
E-34	enfermeira	F	34	especialização	8	cerca de 4
E-70	enfermeira	F	44	superior	21	cerca de 4
TE-12	técnica de enfermagem	F	49	superior incompleto	6	4
TE-35	técnica de enfermagem	F	47	ensino médio	6	cerca de 4
TE-36	técnica de enfermagem	F	45	ensino médio	6	3
TE-56	técnico de enfermagem	M	44	ensino médio	8	cerca de 4
TE-61	técnica de enfermagem	F	41	especialização	15	cerca de 3
O-13	odontólogo	M	44	especialização	21	cerca de 4
O-39	odontólogo	M	45	superior	23	cerca de 4
O-57	odontóloga	F	62	especialização	29	cerca de 2
AS-15	assistente social	F	44	especialização	22	cerca de 4
AS-38	assistente social	F	46	superior	27	1
AS-63	assistente social	F	44	superior	5	menos de 1

Nas equipes de PSF incluídas neste estudo, todos os profissionais de enfermagem de nível médio haviam concluído o curso de técnico de enfermagem.

Quadro 4.6. Agentes Comunitários de Saúde do PSF, segundo sexo, idade e tempo de atuação na atual função. Campo Grande, 2005-2006.

Sigla	Sexo	Idade (anos)	Grau de escolaridade	Tempo de atuação na atual função (anos)
ACS	F	45	ensino médio	6
ACS	F	42	superior incompleto	8
ACS	F	48	ensino médio incompleto	3
ACS	F	39	ensino médio	3
ACS	M	25	ensino médio	3

Todos os ACS entrevistados (Quadro 4.3 e 4.6) estavam freqüentando curso de capacitação técnica para o exercício da função (primeiro módulo), que tivera início em novembro de 2005.

Quadro 4.7. Usuários do PSF, segundo sexo, idade, grau de escolaridade, atividade profissional e tempo de residência no bairro. Campo Grande, 2005-2006.

Sigla	Sexo	Idade (anos)	Grau de escolaridade	Atividade profissional	Tempo de residência no bairro (anos)
U-10	F	51	ensino médio	promotora de vendas	18
U-11	F	76	não freqüentou escola	do lar	5
U-14	F	37	ensino médio incompleto	segurança	12
U-18	M	54	ensino fundamental incompleto	motorista (desempregado)	4
U-20	F	64	não freqüentou escola	do lar	3
U-22	F	19	ensino fundamental incompleto	do lar	5
U-37	F	39	ensino fundamental incompleto	do lar	11
U-40	F	39	ensino fundamental incompleto	do lar	6
U-41	F	31	ensino fundamental incompleto	do lar	5
U-43	F	48	ensino fundamental incompleto	coletora de material reciclável	9
U-60	F	47	ensino fundamental incompleto	do lar	16
U-62	M	76	não freqüentou escola	aposentado	12

O Quadro 4.8 apresenta o perfil dos coordenadores dos programas de PACS e PSF em nível estadual e municipal e do PNCD.

Quadro 4.8. Coordenadores do PACS, PSF e PNCD, segundo função, sexo, idade, escolaridade, área de formação, tempo decorrido desde a formação e tempo de atuação na atual função. Campo Grande, 2005-2006.

Sigla	Função	Sexo	Idade (anos)	Grau de escolaridade	Formação	Tempo decorrido desde a formação (anos)	Tempo na atual função (anos)
CM-1	Coordenadora municipal, PACS-PSF	F	44	especialização	enfermagem	24	4
CM-66	Técnica da coordenação municipal, PACS-PSF	F	48	especialização	medicina	27	2
CD-65	Coordenador, PNCD	M	40	ensino superior (graduação)	gestão em serviços de saúde	19	8
ST-54	Supervisor técnico, PNCD	M	46	ensino médio	agente de saúde	21	6
CE-68	Coordenadora estadual, PACS-PSF	F	40	especialização	enfermagem	19	7
CE-69	Coordenadora estadual, PACS-PSF	F	26	especialização	enfermagem	5	4

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os estudos de Minayo (2004) e de Pope, Ziebland e Mays (2005) orientaram a análise dos dados deste estudo.

Inicialmente foram realizadas leituras repetidas e aprofundadas nos dados empíricos a fim de listar idéias-chave, temas recorrentes e particularidades nas entrevistas e nos registros de observação. Esse processo possibilitou a compreensão do conteúdo de cada entrevista e unidade observada e uma construção da estrutura temática com os tópicos e temas-chave oriundos das questões dos instrumentos de pesquisa, bem como de outros temas que emergiram na leitura do material. Tal estrutura foi aplicada a todas as entrevistas, procedendo-

se à identificação dos trechos que versavam sobre cada temática. Para essa organização do material empírico e classificação por unidades temáticas foi utilizado o programa Analysis Software for Word-based Records (Answr), disponibilizado no sítio dos Centers for Disease Control and Prevention (McLellan *et al.*, 2004).

A seguir, o material foi agrupado em vários subconjuntos de entrevistados (coordenação municipal e estadual, coordenação e supervisores do controle da dengue, as diversas categorias profissionais e usuários), procurando-se identificar em cada um dos subconjuntos as unidades temáticas e suas semelhanças, complementaridades e divergências a luz dos referenciais teóricos que orientaram a investigação.

O material foi então organizado em vários planos de análise, que constituem o *corpus* da análise apresentada:

- aspectos da visita domiciliar no contexto estadual e municipal e sua interface com o controle da dengue;
- inserção da visita domiciliar na dinâmica de trabalho das equipes;
- indicações e planejamento das visitas;
- características das visitas dos ACS e dos outros profissionais de nível superior e médio e opiniões dos usuários;
- contribuições das visitas para o alcance da integralidade.

*Por isso eu vou na casa dela
Falar do meu amor pra ela
Tá me esperando na janela*

“Esperando na janela”

Gilberto Gil

Composição: Targinho Gondim, Manuca Almeida, Raimundinho do
Acordeon

PARTE III

AS VISITAS

CAPÍTULO 5

AS VISITAS DOMICILIARES NA ÓTICA DOS COORDENADORES

Neste capítulo, com o propósito de situar a visita domiciliar no contexto estadual e municipal, descreveremos as concepções das coordenações do PACS e PSF sobre essa atividade e apresentaremos alguns aspectos históricos acerca de sua implantação, além das diretrizes atuais a ela referentes.

5.1 “A VISITA É MUITO IMPORTANTE, MAS...”: A CONCEPÇÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL

Em Mato Grosso do Sul, a Coordenação Estadual do PACS e PSF integra a estrutura da Secretaria de Estado de Saúde. Segundo depoimentos da coordenadora (CE-69) e da enfermeira integrante da equipe (CE-68), são desenvolvidas diferentes ações visando a implantação e o fortalecimento do PACS e PSF no estado, envolvendo interlocução entre o Ministério da Saúde e os municípios, proposição de legislação estadual e atuação na assessoria aos municípios, buscando-se sensibilização dos gestores municipais para os programas e oferecimento de apoio para a implantação do PSF, bem como orientação sobre recursos financeiros, especificamente sobre o incentivo estadual para o Programa Saúde da Família. Além disso, a Coordenação Estadual auxilia no processo de seleção dos profissionais, principalmente dos ACS, participa do processo de educação continuada e realiza a supervisão das equipes.

Segundo a enfermeira, a visita domiciliar é muito importante para a concretização da estratégia de Saúde da Família:

Então: a Saúde da Família tem aqueles princípios de territorialização, de integralidade. Então, por exemplo, se um dos princípios é a formação de vínculo, a formação de vínculo só se dá com o conhecimento daquela área, da população daquela área. E o Saúde da Família é a estratégia que você vai conhecer de perto aquela família. A visita é a forma primordial pra você conhecer a família. Isso. Não é só o agente comunitário que tem que fazer visita domiciliar; são todos os profissionais da equipe. [...] toda a equipe tem que conhecer aquela família, aquela população que é responsabilidade dela. Visita domiciliar é a forma mais eficaz de você conhecer a família.
(CE-68)

A enfermeira considera a visita domiciliar uma atividade amplamente recomendada, reiterando a diretiva do programa, em nível nacional, de que todos os profissionais a realizem com a finalidade de conhecer a população e a área abrangidas, visando a criação de vínculo, além de exercerem busca ativa e facilitarem o acesso ao serviço:

Encontrar, fazer busca ativa, sabe? E isso só através da visita domiciliar. [...] A gente vê que aumenta a procura porque o agente comunitário, o profissional, ele está encontrando muito mais; então ele está no ponto positivo da visita. Ele acaba encontrando muita coisa que não era aquela demanda espontânea; ele vai lá e procura e acha. Então isso é um ponto positivo. (CE-68)

Segundo o depoimento, as visitas domiciliares dos ACS permitem identificar pessoas que necessitam de cuidados de saúde — o que amplia a cobertura da atenção primária — ou ainda situações que não são normalmente detectadas quando o atendimento é realizado somente na unidade de saúde.

A importância atribuída à visita domiciliar pode ser confirmada com a análise da política de incentivo financeiro estadual para o PSF, pois, como exposto pela enfermeira da coordenação, este processo foi desencadeado durante a gestão 1999-2002, quando foi proposto um incentivo financeiro para os municípios que adotassem a estratégia do PSF. Disso adveio a necessidade de dispor de uma

legislação que regulamentasse esse repasse, especificando os valores financeiros e os parâmetros dos indicadores de saúde a serem observados. Embora os dirigentes não dispusessem na época de nenhuma referência sobre a quantidade de visitas domiciliares a serem realizadas, foi definido um parâmetro que estabelecia um número mínimo de visitas por categoria profissional para obtenção do incentivo (CE-68). No Decreto 11 684, de 8 de setembro de 2004 (Mato Grosso do Sul, 2005), o número de visitas mensais foi fixado em 30 para o médico, 60 para a enfermeira, 40 para auxiliares de enfermagem e 30 para o odontólogo.

Para o ACS foram estabelecidas 150 visitas, correspondendo ao número de famílias que cada agente deve acompanhar, assegurando que cada domicílio seja visitado pelo menos uma vez ao mês. No entanto, segundo a enfermeira entrevistada (CE-68), os profissionais universitários alegaram a impossibilidade de empreender esse número de visitas, e em 2005 foi publicado um novo decreto¹ (Mato Grosso do Sul, 2005) que reduzia o número de visitas do médico, da enfermeira e do auxiliar para 20 e do odontólogo para 10, permanecendo porém o número de 150 para o ACS. O decreto ainda estabelece que o incentivo financeiro estadual é composto de uma parcela fixa (83%), sempre repassada a todas as equipes, sendo que o repasse do restante (17%) dependerá do cumprimento de todos os indicadores.

¹ O Decreto 12 005, de 22 de dezembro de 2005 (Mato Grosso do Sul, 2005), atualmente em vigor, estabelece que um adicional no valor de 17% do incentivo estadual somente será repassado se o município com equipes de PSF atender aos seguintes indicadores: (a) número de visitas domiciliares, com no mínimo 150 visitas mensais por agente, 20 por auxiliar de enfermagem, 20 por enfermeiro, 20 por médico e 10 por cirurgião-dentista; (b) informação sobre o percentual de pessoas cadastradas e acompanhadas portadoras de diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose; (c) informação sobre a proporção de óbitos em menores de um ano de idade por diarreia; (d) número de tratamentos completados em saúde bucal de no mínimo de 26; (e) número de atividades educativas com a equipe de saúde bucal de no mínimo 1.

A enfermeira integrante da Coordenação Estadual relata que nas supervisões diretas nos municípios os profissionais expressam suas dúvidas sobre a visita:

Na conversa com os profissionais, a gente até questiona como tem sido feita a visita domiciliar. Muitos deles têm dúvidas. Por exemplo, até para lançar no sistema. Eles acham que se ele for à casa de uma pessoa e der assistência para quatro pessoas daquela casa, ele considera quatro visitas domiciliares. A visita domiciliar na casa é uma casa só. Então ele não tem muita noção do que seja visita domiciliar, principalmente os agentes comunitários. E os enfermeiros também não têm muita noção, porque eles ligam muito pra cá. (CE-68)

Observa-se haver dúvidas quanto ao critério quantificador a adotar no momento da visita: se a família cadastrada naquele domicílio, se os indivíduos presentes no momento da visita ou se as atividades realizadas. A coordenação enfatiza a importância do registro no número de domicílios visitados, e não do número de indivíduos.

A coordenadora complementa que nas supervisões os integrantes da coordenação também visitam alguns domicílios e perguntam se o agente ali esteve e como a visita foi realizada:

[...] vê onde que o agente ficou fragilizado, tenta conversar com o instrutor daquele município pra fortalecer. (CE-69)

Esclarece que função do ACS é fazer “as visitas em toda sua microárea e que pelo menos ele passe uma vez por mês em cada casa. E que volte nas famílias de risco, priorize essas famílias” (CE-69).

Complementa que a Coordenação Estadual procura nas supervisões reunir-se com os agentes comunitários de saúde, para “ver o que é que está acontecendo, o que eles querem e o que estão precisando” (CE-69).

A enfermeira expressa preocupação com a resolutividade:

O negócio é verificar a qualidade da visita. Como é que ela está sendo feita, se ela está sendo feita de forma efetiva. Porque realizar visitas é simples... Se está surtindo efeito... (CE-68)

A coordenadora considera que a exigência de um número de visitas é inadequada, embora os repasses do incentivo federal e de parte do estadual estejam vinculados ao cumprimento do indicador referente ao número de visitas. Ela acrescenta que há necessidade de avaliar a qualidade dessas ações e garantir acompanhamento aos pacientes de risco:

Queria exigir agora qualidade. Chega de quantidade. Já provou que não funciona você atender tantas. Atender bem, fazer uma coisa bem feita mesmo, alimentar o sistema como que tem que ser feito. Ir nos pacientes de risco, onde tem tuberculoso, onde tem hanseníase. É isso que a gente quer, é esse acompanhamento. [...] Você finge que avalia, finge, e a gente tem consciência disso. (CE-69)

Dentro das diretrizes do programa, você acompanhar família de risco. Agora, o que que é família de risco? Aí o enfermeiro tem que ver. Família de risco a gente sabe que é uma gestante, que é um tuberculoso, que é um desnutrido. [...] A gente prioriza isso. [...] Trabalhar a gestante, o bebê. (CE-69)

Quanto à dinâmica de trabalho da equipe, a coordenadora enfatiza que seu papel é cobrar, pois percebe resistências em alguns municípios à realização da visita domiciliar:

Tem município que fala que não vai fazer visita, porque tem um monte de gente pra atender. Não tem como fazer visita. Faz quatro anos que foi implantado, e esse monte de gente que ele não atendeu ainda. É a visão do gestor. Vários gestores já falaram pra mim. (CE-69)

Observa-se uma dificuldade em conciliar todas as frentes do programa, por existir a prerrogativa de que a atenção básica deva manter uma porta aberta para o atendimento na unidade e pelo fato de que a expectativa de atendimento a toda a demanda espontânea dificulta e reduz o tempo para realizar as visitas domiciliares, especialmente aquelas feitas por profissionais universitários.

Tendo em conta as particularidades de cada equipe, a enfermeira da coordenação concorda não ser possível estabelecer normas estaduais para a realização das visitas e considera que sua consecução depende de cada realidade:

O pensamento é colocar responsabilidade cada vez mais pro município, porque ele conhece suas necessidades. Descentralizar cada vez mais. Acho que isso é uma tarefa do município, da equipe: ela organizar sua forma de trabalho. (CE-68)

Para os integrantes da Coordenação Estadual, a visita domiciliar é um componente estruturante do programa de atenção básica, cabendo adotar uma postura de orientação e cobrança dessa prática, pois constitui uma oportunidade de conhecimento de cada área e das pessoas que ali residem, propiciando acesso, vínculo com pacientes e acompanhamento destes.

Observa-se, porém, que existem tensões quando se fala em quantidade mensal de visitas realizadas e também variações quanto à forma de entender o que seja a visita e quais seriam suas finalidades. Os relatos também evidenciam uma dificuldade de conciliar a realização das visitas domiciliares com a necessidade de oferecer atendimentos na unidade, geralmente clínicos e individuais.

A análise das falas demonstra que a visita pode prestar-se à busca ativa, ou seja, a identificar problemas e a trazer novas demandas de pacientes à UBS.

Simultaneamente, porém, os depoentes esperam que com o programa, e particularmente com as visitas, se consiga diminuir a demanda às unidades.

Cabe destacar que inexistente uma diretriz rígida quanto às indicações das visitas, os profissionais envolvidos e atividades nelas realizadas. Há percepção de que cada município assumiria essa responsabilidade juntamente com suas equipes, embora a qualidade e a resolutividade das visitas deva ser considerada.

A enfermeira da coordenação cita que, no caso de Campo Grande, as equipes de PSF raramente cumprem o número de visitas estabelecido, alegando dispor de uma normatização específica sobre os critérios de visita:

Só que, por exemplo, aqui em Campo Grande é diferente, porque toda vez que eles mandam uma planilha, com as visitas domiciliares, eles [refere-se à Coordenação Municipal do PACS e PSF] têm uma normatização própria deles, que é: eles só fazem visita quando tem necessidade. Então, muitas vezes a equipe, os profissionais da equipe, não acabam fazendo, porque eles acham que não tem necessidade. Eles têm uma relação lá de casos que seriam necessários. Pacientes acamados, com problema de deambulação, que não têm condições de ir à unidade. Esses pacientes, eles fazem a visita. Então, eles não seguem essa regra dos dados de fazer 20 visitas o médico, 20 visitas o enfermeiro. Eles vão quando tem necessidade. Só que, aí também, por exemplo, a gente não repassa os 17%, mas eles recebem o valor mensal normal. Porque, na verdade, aqueles 17% é o adicional. Se quiser receber, é dessa forma. (CE-68)

Ressalta também que em Campo Grande verifica-se uma situação diferenciada, pelo fato de os ACS haverem sido incumbidos de ações de controle da dengue:

Isso basicamente, assim, é um planejamento que o próprio município faz. É de acordo com o próprio município. [...] O agente comunitário de Campo Grande, ele é um pouco diferente dos agentes comunitários dos outros municípios. Porque ele acumula as ações dos agentes de endemias. [...] Então, já é mais complicado Campo Grande. Então, é por isso que depende

do município. Mas assim, as ações básicas de visita, que é estabelecimento de vínculo, formação do elo, elo com a comunidade com a equipe de saúde, os agentes comunitários vêm desempenhando. (CE-68)

Neste estudo, observamos que a visita domiciliar constitui uma marca do PSF, como expressam os documentos, a existência de incentivos financeiros e as orientações. Em sua implementação, no entanto, verifica-se um descompasso, uma vez que, na percepção dos gestores (reiterada, como veremos, pelos profissionais envolvidos), a exigência de uma meta numérica pode conflitar com a busca de qualidade e resolutividade. No entanto, ainda que possa ser criticada, a exigência de um número definido de visitas domiciliares evidencia a importância atribuída a essa atividade pelo nível central e o estímulo dado a ela, além de representar alguma possibilidade de controle e avaliação do trabalho, ainda que percebida como imperfeita e incompleta.

No caso de Campo Grande, local deste estudo, há um contexto histórico e uma realidade que originam uma operacionalização específica dessa prática.

5.2 “É PRECISO HAVER CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DAS VISITAS”: A CONCEPÇÃO DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL

5.2.1 SOBRE A COORDENAÇÃO MUNICIPAL

A Coordenação Municipal do PACS e PSF está integrada à estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. A equipe de coordenação é composta de coordenadora, dois enfermeiros, um médico, um odontólogo, um assistente social e agentes administrativos. Segundo a coordenadora (CM-1), os profissionais são poucos, havendo sobrecarga de trabalho. Ao expor sobre as

atividades da Coordenação Municipal, relatou que 2004 e 2005 foram anos de planejamento. Os objetivos estiveram voltados à ampliação da atenção básica no município, havendo-se concentrado as atividades no planejamento da expansão do PSF, envolvendo escolha das áreas prioritárias, dimensionamento de recursos humanos e programação do trabalho. Entre as diversas ações realizadas, destacou o monitoramento do PROESF, a integração com outros setores da Secretaria, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e a Coordenadoria dos Programas de Saúde, a elaboração de projetos de construção e reforma das unidades de saúde, o treinamento dos profissionais, a análise de indicadores de saúde para avaliação e acompanhamento do trabalho das equipes, a elaboração de instrumentos e a realização de reuniões com as várias categorias de profissionais para discussão dos protocolos. Relatou também as dificuldades vivenciadas, entre elas a falta de um veículo exclusivo para uso nas ações de coordenação, principalmente supervisão direta.

A coordenadora estadual compara as dificuldades de Campo Grande com as de outros grandes centros urbanos em que há baixa cobertura do PSF:

O que acontece com Campo Grande é o que acontece com as grandes cidades. É difícil a implantação, superdifícil. Você vê: Campo Grande, nós temos a cobertura excelente de PACS [cita em torno de 50%]; Saúde da Família já é baixa: é 22%. [...] Não tem impacto e Campo Grande faz concurso específico de Saúde da Família, faz concurso geral, chama, contrata. Teve uma época de contratar e as pessoas não fazem adesão. É o que acontece nas grandes cidades. [...] A dificuldade é grande; o médico tem mais oportunidade de emprego. (CE-69)

Essa problemática é analisada nos estudos de Caetano e Dain (2002) e de Campos, Aguiar e Oliveira (2002), que ressaltam que nos grandes centros existe um processo de exclusão urbano, sanitário e do mercado de trabalho, além de outras

dificuldades que dificultam a expansão do PSF, como a baixa adesão dos profissionais e o possível impacto no perfil assistencial dos serviços públicos e privados.

5.2.2 A IMPLANTAÇÃO DO PSF E AS VISITAS DOMICILIARES EM CAMPO GRANDE

No início da implantação do PSF em Campo Grande, em 1998, as primeiras áreas escolhidas foram os locais “sem nenhum serviço de saúde em que a comunidade apresentava demandas para implantação” (Dobashi, 2002). O trabalho teve início com quatro equipes que foram a campo realizar o cadastramento, conversar, conhecer e levantar os problemas de aproximadamente 4 000 famílias, usando como referência a unidade básica mais próxima, já que nessas áreas não havia unidade predial específica (Dobashi, 2002).

Dessa forma, as primeiras equipes estruturaram seu trabalho tendo como prática o atendimento durante meio período do dia na unidade de saúde e realizando no outro meio período as atividades de campo, por não se dispor de salas de atendimento para todos os profissionais. Assim, toda a equipe se deslocava para a área e eram realizadas visitas às famílias por todos os profissionais. Essa visita para conhecimento, também denominada “visita para cadastro”, tornou-se uma prática comum nos primeiros anos de implantação do PSF em Campo Grande. Nessa época, os profissionais reivindicaram auxílio de transporte para as visitas e a SESAU passou a fornecer-lhes vales-transporte, que alguns trocavam por combustível em postos de gasolina.

Uma enfermeira relembra:

Antigamente as visitas eram assim: a gente ficava na unidade um [meio] período; o outro [meio] período era para a equipe. Então a gente ia a equipe: médico, enfermeiro, auxiliar; o dentista ia junto à gente; fazia o cadastro da família, orientava; eu fazia a minha parte, o médico fazia a dele e a gente fazia a visita em equipe. Ia aquele mundo de gente naquela residência. (E-34-PSF)

Esse início do programa é também lembrado por outros profissionais que entrevistamos. Note-se que a ida da equipe inteira ao domicílio não se deu por opção tecnológica, pois não havia sentido tecnológico, mas sim por falta de salas nas unidades. A expressão “um mundo de gente” denota a percepção de um certo desperdício e uma valorização do trabalho dos profissionais na UBS, o que será reiterado pelas decisões que a coordenação irá tomar, como diminuição do número de visitas exigidas e retirada do auxílio para transporte.

A médica da equipe da Coordenação Municipal avalia:

A visita de cadastramento, ela é função do agente. Aqui em Campo Grande que o negócio começou a desenvolver diferente do que em outros lugares do Brasil, onde a primeira visita da equipe era de cadastramento da família. Então, acho que não é necessário, porque eu fui uma pessoa que fiz. (CM-66)

Ela justifica que a configuração desse tipo de visita decorreu de circunstâncias como falta de espaço nas unidades e desconhecimento dos profissionais sobre os programas, mas não considera necessária a participação de todos os profissionais, embora entenda que a visita possibilita um olhar diferenciado sobre a realidade da família:

Então, nas visitas de cadastramento pelo médico, é lógico que você consegue enxergar, como médico, muito mais coisa que o agente comunitário enxerga. Então, como havia essa possibilidade de um período poder ser feito, foi rico, foi importante, porque você tem o conhecimento completamente diferente do perfil do agente comunitário. (CM-66)

A médica valoriza a informação obtida pelo médico, considerando-a como de maior qualidade que aquela colhida pelo ACS.

Entre os profissionais entrevistados, identificamos opiniões distintas sobre tais visitas de cadastro, bem como comparações com os dias atuais:

A gente cadastrava cada família, todos os dias a gente saía — era médico, enfermeiro, auxiliar, agente de saúde [...]. Então era feito o cadastro. Eu achava muito importante aquele cadastro, porque ali você sabia da família toda, todos os problemas da família toda. A gente já orientava o paciente. O médico já estava presente ali, atendia cada pessoa da família. Era muito bom aquela forma. [...] E preenchiam ficha A. Tinha uma outra ficha [impresso com mais dados sobre a família] que era preenchida; aí mudou-se a forma. O médico está mais dentro da unidade, ele visita os casos necessários, mas não sai mais como a gente saía, fazendo aquele cadastro. (TE-35-PSF)

Antes, a gente ia os três: o enfermeiro, o médico e o auxiliar. Só que particularmente achava desnecessário. É muita mão-de-obra no lugar que precisa de um pra fazer. Uma coisa que pelo menos eu não preciso estar lá. Então, até no curso que a gente fez, foi falado pra gente: “Não precisa os três. Vai um só. Se precisar do enfermeiro, você vem”. Que nem: às vezes eu saio com a [nome da enfermeira]; se for preciso a [nome da enfermeira] resolve. A doutora vai se está muito mal. (TE-56-PSF)

É como eu te falei: no início foi uma coisa muito assim: até na fase de cadastramento ia todo mundo. Aí nós vimos que não é por aí. Então nós fomos aprendendo com o passar do tempo ali. E eu confesso que trabalhamos errado no início. Ia todo mundo. Até abordar a família com aquele... [grupo de pessoas] assustava. Então nós fomos trabalhando, percebendo e mudando. Então tinha coisa que às vezes trazia e não havia necessidade de ir o técnico, a enfermeira, a médica. Então ia só aquele profissional. (E-70-PSF)

Os profissionais expressam questionamentos quanto aos objetivos das visitas nessa fase inicial e quanto ao profissional mais indicado para realizá-la na ocasião, além de revelarem preocupação com a melhor forma de aproveitamento do tempo.

A enfermeira do PSF relatou sua experiência destacando que no início havia-se criado uma expectativa de que o médico visitaria os domicílios, embora tal visita tenha sido útil para a aplicação de um formulário com questões mais específicas sobre a família:

Porque quando saiu o Programa da Saúde da Família, o médico da família, o médico em casa, as pessoas passaram a ver, assim, que ia ter médico indo nas casas das pessoas, e vamos na casa. E não é assim. A gente procura fazer planejamento. Não teria como ir na casa de todo mundo. Até fomos quando foi para fazer o cadastramento: a gente saía em duplas, porque nós temos cadastramento próprio. Tem equipe que usa o cadastramento do agente, aquela ficha A do agente, mas nós pedimos para ter um cadastramento nosso, que tivesse mais detalhes, mais informações da família. Quando nós o implantamos, com esse cadastramento ficamos um ano e pouco fazendo. Aí durante esse período nós realmente passamos na casa de todos. Ia eu e a [nome da médica], em duplas. Sempre revezávamos. (E-17-PSF)

A coordenadora municipal atribui a esse contexto histórico a supervalorização que considera haver sido dada às visitas domiciliares em Campo Grande:

Porque como o PSF está começando em Campo Grande, sentimos um certo equívoco das equipes em relação às visitas. Por ser visita, é um instrumento; ela não é a mola-chefe de tudo. (CM-1)

Como entraves, a coordenadora municipal citou que na fase inicial não foram feitos registros sobre as visitas domiciliares ou procedimentos coletivos em creches, havendo pouca visibilidade das atividades realizadas fora da unidade. Tampouco se faziam registros de dados sobre a produtividade da equipe. Além disso, a equipe corria o risco de se dispersar e a “visita era uma visita social para cumprir tabela”, pois ocorreram também algumas situações de não-cumprimento do horário de trabalho integral previsto para as equipes de PSF (CM-1).

Para solucionar esse problema, foi implantado, juntamente com o fornecimento de vales-transporte, um instrumento para registro das visitas domiciliares, no qual constavam nome e endereço da pessoa visitada e data da visita. Assim, a postura adotada pela coordenação foi estabelecer algumas normas, visando identificar as necessidades de cada visita e profissional envolvido:

O máximo de 30 visitas por profissional: médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem e odontólogo, e todo mundo tinha que fazer 30 visitas para dar 60 vales-transporte. Bom, era uma fase; pelo menos começaram a registrar e começamos a questionar a programação, como era feita a visita, pra que as pessoas comesçassem a perceber que a visita era apenas um instrumento, que pro agente comunitário é, realmente, a visita domiciliar é tudo, mas pra a equipe, não. Ele eventualmente lança mão disso, tem que ser programado que não é todo mundo junto — depende da situação: é um ou outro, dois profissionais que podem se deslocar. Tem de ser resolutive, não uma visita social. [...] Então vamos fazer o seguinte: vamos socializar esse recurso, todo mundo vai receber, mas vão ter que fazer e prestar conta. Como eles não faziam registro disso, eles diziam que tinham feito a visita, mas faziam pra quem? Por quê? Qual o resultado dessa visita? Nada.
(CM-1)

A coordenadora complementa que, na prática, as equipes tinham dificuldades para planejar as visitas e não utilizavam os dados do SIAB.

A gerente de unidade de Saúde da Família relatou sua experiência de trabalho:

Essa história da visita é o seguinte: não tem número x de visitas estipulado. Acontece que, na época do [nome do gestor municipal do período 1997-2000], o que aconteceu? O pessoal reivindicou, e deram vale-transporte para fazer visita domiciliar. Aí, pra você receber, tem que ter no mínimo 30 visitas pra receber 60 vale-transporte; aí todo mundo saía pra visitar. Como a gente estava chegando também na unidade, a gente tinha muita visita mesmo. A tendência é ir diminuindo, porque você vai selecionando os seus “visitados”. Na época a gente fazia cadastramento, a gente estava conhecendo a nossa população, a gente fazia muito mais visitas do que a

gente faz hoje, até porque a gente já conhece todo mundo; já selecionou quem realmente precisa. Aí todo mundo queria ganhar os 60 passes, todo mundo fazia 30 visitas; aí a Cogepacs [Coordenação Geral do PACS e PSF] estipulou 30 visitas pra poder ganhar os 60 passes. Aí todo mundo colocou na cabeça que tinha que ser 30 visitas. Não, você pode ter o número de visita necessária do mês, não é obrigado fazer visita, tem que fazer conforme a necessidade, porque como que eu vou dizer que tem que fazer no mínimo 30 visitas? E se naquele mês não tiver necessidade de 30, eu vou ter que inventar 30 visitas? É o que em alguns casos aconteceu. (G-15-PSF)

A sistemática de entrega de vales-transporte e a exigência de um quantitativo de visitas propiciaram maior visibilidade das visitas realizadas e dos profissionais envolvidos, contribuindo para a elaboração de uma relação de indicações de visitas registradas no Relatório Anual da Coordenação Geral dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família (Campo Grande, 2004b) (Anexo E). A entrega dos vales-transporte perdurou até dezembro de 2004, quando esse auxílio foi suspenso, inclusive por não haver respaldo legal para seu pagamento. A suspensão trouxe uma dificuldade adicional para os profissionais e sinalizou uma diminuição na valorização da visita, fazendo ressurgir a demanda por soluções para a dificuldade de transporte dos profissionais para as visitas.

Essa retrospectiva histórica mostra que na fase inicial de implementação do PSF em Campo Grande as visitas foram extremamente valorizadas e realizadas por toda a equipe. No entanto, tal situação gerou críticas acerca das condições para a realização dessa atividade, dos critérios de ida aos domicílios e dos parâmetros de avaliação da visita, além de trazer uma urgência para que se definisse melhor o papel de cada profissional da equipe nas visitas domiciliares.

5.2.3 BUSCA DE CRITÉRIOS PARA AS VISITAS: O CASO DE CAMPO GRANDE

Na entrevista realizada em novembro de 2005, a coordenadora municipal relata que a sistematização das indicações para as visitas constituiu avanço, apesar da necessidade, ainda presente, de identificar as prioridades, alcançar integração com os serviços e proceder a uma avaliação também qualitativa da atividade.

A coordenadora explica que a proposta futura para isso é fazer uma adaptação de uma escala, conhecida como escala de Coelho (2005), para permitir que os profissionais a analisem e formulem críticas e sugestões:

Começamos a falar que o enfoque de risco que deveria determinar a necessidade. Sugiro um seminário pra que eles comessem a adotar critérios, pra priorizar suas visitas, pra planejar. Idosos? Quais? Discutimos com eles tudo: que crianças, adultos, quem é que faz essa visita? Quais são os critérios gerais; precisa ser assim? [...] Nós estamos fazendo leitura do que já tem na literatura sobre visita domiciliar para o PSF. [...] Uma coisa que nos agradou foi a escala de Coelho. (CM-1)

Coelho (2005) elaborou uma escala de risco familiar baseada na ficha A (Cadastro da Família) do SIAB, com o objetivo de identificar casos prioritários para visitas domiciliares. Justifica que não é possível padronizar a atuação do médico de família unicamente com base no número mensal ou anual de visitas por família, havendo pois necessidade de parâmetros adicionais à quantidade de visitas realizadas.

Inicialmente essa escala foi elaborada para orientar a visita do médico, podendo porém ser adaptada para outros profissionais. Baseia-se em sentinelas de risco, como presença de acamados, deficiência física, deficiência mental, baixas condições de saneamento, desnutrição, drogadição, desemprego, analfabetismo, presença de menores de seis meses, de maiores de 70 anos, ocorrência de

hipertensão arterial sistêmica, de diabetes e razão morador-cômodo, de forma que cada item recebe uma pontuação de risco que pode estabelecer uma maneira simples, fácil e clara de priorizar o atendimento nas visitas domiciliares (Coelho, 2005).

A coordenadora municipal destaca que o PSF precisa manter seu caráter de ampliar o alcance das ações para além da assistência, englobando promoção e prevenção:

O PSF faz a assistência? Faz, mas principal não é a assistência; é a atenção à saúde, que envolve a atividade de promoção, de prevenção, o enfoque coletivo. [...] O enfoque dele é a atenção. Se a gente for ficar na assistência, pra que montar um PSF? Fica lá na UBS, bota lá 200 médicos e vamos lá. (CM-1)

Relata que por vezes precisa explicar aos profissionais e gestores essa nova proposta, reforçando a visita domiciliar como atividade primordial, mas contrapondo-se à imagem do médico que consulta nos domicílios, freqüentemente veiculada pelos meios de comunicação:

Quando falei que o PSF não era aquilo que a imagem que eles tinham do PSF, que era a visita médica, a consulta médica no domicílio, ele ficava olhando assim... É o que muitos acham. É um equívoco que a mídia e os governantes também têm. (CM 1)

Complementa que a visita domiciliar precisa ser planejada, de forma que o programa da atenção básica possa substituir em determinadas situações a assistência prestada por outros níveis de atenção às unidades, como no caso das trocas de sonda:

Então, para tentarmos fazer com que a equipe Saúde da Família planeje a visita domiciliar, planeje a assistência às suas famílias, é que a visita domiciliar seja planejada e programada. Por exemplo, se a sonda tem que

ser trocada com uma determinada periodicidade, ele tem que procurar fazer com que sábado e domingo não caia um dia de troca de sonda, porque senão a família vai ter que procurar essa assistência pra quem faz esse procedimento fora da Saúde da Família. (CM-1)

A coordenadora aponta que a prioridade deveria ser a prevenção e que a visita deveria ser planejada. O exemplo citado, da necessidade de troca de sonda, indica, porém, haver uma demanda evidente de visitas para atendimentos de cunho clínico e individual. Além disso, a coordenadora municipal também propõe (como a coordenação estadual) que o acompanhamento das visitas realizadas pelas equipes não seja apenas quantitativo, mas também qualitativo:

Na hora que eles mandam o quantitativo das visitas, vamos precisar fazer o levantamento com base na escala de Coelho. Aí nós temos um parâmetro: quais são as pessoas de risco? Quantas famílias de risco tem em cada equipe? E a equipe vai ter que justificar a visita. Só que a visita tem que ter uma finalidade. Não pode ser uma visita pra cumprir ou pra poder sair da unidade e não cumprir horário. E outra: a visita tem que surtir um efeito. Se você não consegue nada com a visita, é porque está mal planejada e mal estruturada. (CM-1)

A fala expressa a preocupação da coordenadora com a organização tecnológica do trabalho, ou seja, quais seriam as finalidades da visita e como esta se insere na dinâmica de trabalho.

A médica (CM-66) sugere que as equipes de saúde disponham de uma relação de todas as famílias e pessoas que necessitam de visitas domiciliares periódicas, com as respectivas justificativas e designação do profissional que irá realizá-la. No mesmo sentido, ela ressalta que a visita deve vincular-se a uma necessidade do profissional naquele domicílio, sendo às vezes necessário que, além do agente, outro profissional se dirija ao local para constatar o que ocorre e trazer informações à equipe, que então irá decidir qual é o profissional mais indicado para

o acompanhamento. Assim, segundo a entrevistada, a visita ocorre de acordo com a necessidade daquele profissional no domicílio:

E o outro tipo de visita, que eu já comentei com você, que é diagnóstico social, que é intervenção em algum tratamento que não está sendo adequado. Ou, vamos supor também, que seja de violência domiciliar: um outro tipo de visita, que você vai, você observa, porque quando você atende, vamos supor, mulher ou criança no consultório, que você atende no consultório, que você suspeita de violência, passa tudo pra equipe, e aí vai o enfermeiro, dá uma olhada, vê se acha alguma coisa; pode ser o próprio médico aí. É a equipe que decide, o profissional que se sentir melhor, tem experiência, tudo, define quem vai. São visitas mais esporádicas, mas podem acontecer. (CM-66)

Complementa que após a visita deveria haver uma avaliação de sua efetividade, o que ainda não acontece:

É um acompanhamento mesmo das visitas. Quando aconteceram, por que, qual que foi o resultado dessas visitas, se conseguiu o objetivo com a visita, não conseguiu. Porque nada disso existe ainda. Então a visita domiciliar hoje do PSF, ela ocorre de uma forma muito aleatória. Visita porque fala que tem que visitar, uma equipe de Saúde da Família tem que visitar. Então não existe um critério, que é o que a gente está querendo implantar. (CM-66)

A coordenadora municipal também expõe sobre a resolutividade das visitas, apontando que, embora os profissionais redijam relatórios, há deficiências no encaminhamento dos problemas, ou seja, faltam instrumentos, falta uma concepção de resultado (produto) para conceber o objeto de trabalho, embora haja valores sendo repostos:

Eles foram lá fazer a visita, eles fazem um relato social, um relato da situação, mas sem efetividade nas ações. Tá, eles conhecem, mas não propõem nada. Eles não têm um plano assistencial para a família e do indivíduo e o resto da família. (CM-1)

As falas de integrantes da coordenação evidenciaram que, além da necessidade de dispor de critérios para escolha das pessoas ou famílias a serem visitadas, convive-se também com uma dificuldade, que são algumas visitas delegadas aos ACS, que em sua opinião deveriam ser feitas pelo médico ou enfermeira, devido a seu potencial de contribuição para estudos epidemiológicos:

A ficha de investigação de óbito e internação. Então todo paciente que interna ou morre em área de PSF tem que ser investigado. Só que na prática quem faz essa investigação é quem não deveria fazer, que é o agente comunitário. Então fica uma ficha bem mal preenchida. Até agora a gente não conseguiu fazer com que a equipe mesmo se envolvesse. Algumas equipes o enfermeiro faz, pouquíssimas é o médico, mas é mais o agente. (CM-66)

Quando indagamos à coordenadora sobre a quantidade de visitas realizadas pelas equipes, respondeu que 97% foram feitas pelos ACS. Isso se coaduna com as diretrizes do PACS e PSF, segundo as quais o ACS tem como principal atividade a visita domiciliar.

Questionamos também se julgava a meta de uma visita mensal para cada família adequada, como prevê o indicador de visitas domiciliares do Pacto de Atenção Básica. Respondeu considerá-la baixa, uma vez para o ACS “a visita é o é o carro-chefe. Ele tem que estar no campo todo dia, tem que fazer a visita”, indicando que o agente poderia fazer mais visitas, não necessariamente atendendo a mais famílias, mas retornando às residências mais vezes ao mês, quando preciso (CM-1). Ressalvou, porém, as influências climáticas, pois na época das chuvas o

número de visitas diminui consideravelmente, pois os agentes não usam guarda-chuvas².

A coordenação realizou vários seminários com as equipes de PSF para apresentação da proposta da escala de Coelho, justamente durante os meses de trabalho de campo desta pesquisa, de forma que alguns profissionais entrevistados já a conheciam, o que colaborou para seu interesse e confiança na utilização de um instrumento tecnológico do trabalho.

Outra ação enfatizada pela Coordenação Municipal, envolvendo a visita domiciliar, é a realização de reuniões mensais com cada categoria profissional, com as quais se procuram discutir os indicadores de saúde e as propostas de intervenção.

Para os enfermeiros das equipes de PACS e PSF, a coordenação também preconiza a visita domiciliar de supervisão dos ACS, que pode ser feita exclusivamente para esse fim ou realizada durante uma visita do enfermeiro. A fim de instrumentalizar essa atividade, foram elaborados dois roteiros de avaliação, para supervisão e avaliação das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, que podem ser aplicados pelos enfermeiros supervisores. O primeiro roteiro destina-se à supervisão direta (o enfermeiro realiza a supervisão durante a visita) e o segundo à indireta (aplicado após a visita do agente). Tais instrumentos abrangem tópicos sobre uniforme, apresentação e material e incluem itens com que se confere o trabalho realizado pelos ACS. A coordenadora informa que a aceitação desses instrumentos

² Em Campo Grande, devido à existência de um longo período sem chuvas (geralmente abril a setembro), o hábito de uso de guarda-chuvas é muito pouco disseminado. As chuvas, por sua vez, costumam ser fortes, mesmo que não tenham longa duração, e a lama resultante dificulta o deslocamento dos profissionais às residências.

pelos enfermeiros foi baixa, deixando por isso de ser obrigatória, mas permanece a exigência de 20 visitas de supervisão por mês.

Observamos que a realização do presente estudo coincide com um processo de mudança no enfoque das visitas domiciliares nos programas de atenção básica em Campo Grande. Por um lado, permanecem as diretivas nacional e estadual para a realização das visitas domiciliares, mas são feitos questionamentos quanto às finalidades, os conteúdos e os possíveis desdobramentos dessas visitas.

Já no âmbito municipal, espaço em que as visitas realmente se concretizam, a Coordenação Municipal busca maior detalhamento quanto aos tipos de visitas, suas finalidades, os profissionais envolvidos e a integração dessa atividade com a dinâmica da unidade. De fato, percebe-se nas falas dos coordenadores uma maior preocupação com as visitas realizadas pelo ACS: “o maior visitador”, que também detecta as necessidades de visitas por outros profissionais de saúde — daí serem previstos para esse agente treinamentos e visitas de supervisão de seu trabalho.

Quanto às visitas dos outros profissionais das equipes de PACS e PSF, observa-se uma retração na cobrança de uma meta numérica e um desestímulo a visitas percebidas como pouco efetivas, embora a visita domiciliar continue sendo uma marca dos programas e possa adquirir diferentes configurações.

Em Campo Grande verifica-se ainda outra particularidade, que é a atuação do ACS também no controle da dengue, desempenhando as ações do PNCD. Em vista disso, no próximo capítulo descreveremos alguns aspectos desse trabalho adicional.

CAPÍTULO 6

A VISITA DOMICILIAR DO ACS E A INTERFACE COM O PNCD

6.1 SOBRE A COORDENAÇÃO LOCAL DO PNCD

As ações do PNCD são coordenadas pelo Serviço de Controle de Vetores (SECOVE), vinculado ao Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) da SESAU. O serviço foi estruturado na década de 1990, com o processo de descentralização das ações de controle de vetores para os estados e municípios.

O PNCD substituiu o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) e se caracteriza por ser um programa “permanente” de controle da doença — no que se distingue dos anteriores, considerados “campanhistas” —, voltado a incrementar “a responsabilidade do ‘indivíduo’ em seu ambiente doméstico” (Santos, Augusto, 2005). Sua meta é a constituição de equipes municipais para o controle do vetor da dengue, com visitas sistemáticas a todos os imóveis dos municípios infestados (Brasil, 2002c).

O SECOVE tem em seu quadro um coordenador e três supervisores técnicos, cujas atribuições são proporcionar treinamentos, supervisões e apoio técnico. Em cada distrito sanitário atua um supervisor geral, que coordena os supervisores de área, que por sua vez supervisionam os ACS. Uma parte significativa do quadro é composta de profissionais mais experientes da antiga Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Os ACS do PACS e PSF também são incumbidos das ações de controle da dengue, com respaldo legal da Portaria 44 (Brasil, 2002d) e da Política Nacional de

Atenção Básica (Brasil, 2006b), que preconizam como atribuição do ACS o desenvolvimento de ações de prevenção e controle da dengue. Particularmente em Campo Grande, com a finalidade de assegurar a cobertura das ações e também evitar a duplicidade de visitas domiciliares, os ACS realizam desde 1998 também funções correspondentes ao PNCD, que englobam inspeção em todos os imóveis (incluindo estabelecimentos comerciais e terrenos baldios), tratamento de focos com larvicida biológico e registro nos impressos referentes ao Sistema de Informação específico da dengue. Nas áreas sem cobertura do PACS ou PSF, as visitas são realizadas pelos agentes de controle de endemias.

Devido a essa interface do PACS–PSF com o PNCD, consideramos importante descrever alguns aspectos das visitas domiciliares relacionadas ao PNCD, buscando identificar as possíveis influências da peculiar incorporação das atividades desse programa sobre o PACS e PSF. É oportuno lembrar que o PNCD é uma versão atual do “modelo campanhista” na saúde pública, ou seja, é de enfoque coletivo e sua intervenção é feita sobre o ambiente, com tecnologia bem estabelecida e produto socialmente importante. Numa avaliação inicial e provisória, a junção dos dois programas (PNCD e PACS ou PSF), com atuação do mesmo profissional em um mesmo espaço, poderia ser propiciador da integralidade, a depender de sua efetiva articulação ao trabalho, pois enfatiza a dimensão coletiva do cuidado.

6.2 TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS

Segundo integrantes do SECOVE (C-65-PNCD e ST-54-PNCD), os treinamentos a ACS, enfermeiros e gerentes de unidades são ministrados pelos

supervisores técnicos, que em média têm 15 anos de experiência profissional. Nas aulas teórico-práticas são abordados conteúdos sobre dengue e a febre amarela, métodos de prevenção, biologia do mosquito e seus estágios de desenvolvimento (ovo, larva, pupa, adulto alado), criadouros preferenciais, identificação do mosquito, coleta de amostras do foco, eliminação ou tratamento do foco, marcação dos quarteirões, numeração dos imóveis e delimitação das microáreas.

A educação em saúde e a mobilização comunitária também são enfatizadas, sendo que o treinamento visa instruir e conscientizar os agentes quanto à importância da participação do morador no trabalho de prevenção e controle. O supervisor técnico explica:

Eles [os moradores] têm que estar superconscientes, têm que estar acompanhando o agente, têm que estar aprendendo como é a visita com o agente e tendo a consciência de que eles têm que estar todo dia fazendo esse trabalho no imóvel dele. Então, o agente tem que ter a capacidade de quê? De ensinar o morador e a convencê-lo de manter o seu quintal limpo.
(ST-54-PNCD)

Essa fala revela que o treinamento enfatiza a conveniência de se dispor de habilidades de comunicação e argumentação para que se possa convencer o morador a manter limpo seu quintal. O coordenador relata haver ocorrido uma evolução nas ações de controle da dengue, que anteriormente eram mais verticais, “onde a participação não era considerada como atividade especial”. Reconhece que hoje a participação comunitária é imprescindível, pois cada agente deve realizar as atividades junto com os moradores, de “tal forma que possa compartilhar informações”. Complementa que “depende do morador. O agente tem que transmitir, mas o morador tem que querer também. É uma troca” (C-65-PNCD).

Também há risco de uma educação de cunho autoritário, tendendo ao controle e disciplinamento. O coordenador está atento e alerta à necessidade de maior diálogo, com o objetivo de convencimento do morador, já que é necessária a colaboração de todos para o sucesso da estratégia de prevenção.

Segundo o coordenador, os agentes são orientados a ter “uma postura de dar alternativas para o morador”. Cita como exemplo uma recomendação que estes podem oferecer:

“Essa planta não dá: em vez de ser na água, procura colocar aquela areia branca. Fica bonito, mantém úmido, pra não ter que colocar nenhum produto, senão vai prejudicar sua família, e não pegar dengue”. Você tem sempre que usar a doença, você tem que usar doença pra ele ficar com medo. E a leishmaniose, a mesma coisa: às vezes a pessoa deixa borrifar o quintal, mas não quer que borrifá dentro da casa. Não adianta. O mosquito, se você borrifá fora, ele vai entrar dentro, porque [...] ele vai procurar sentar onde não tem inseticida. (C-65-PNCD)

Relata que às vezes é preciso até superenfatizar os riscos de contração de doenças, pois a finalidade primordial é a adesão às normas preconizadas, predominantemente embasadas no conhecimento da microbiologia e parasitologia.

Embora a participação comunitária seja apontada como um avanço, observa-se que a abordagem se limita a um enfoque da família enquanto espaço domiciliar, concepção que, segundo Martins (2005), é “funcional, estrita e fragmentada do ‘público alvo’, ainda indiferente ao valor da trama social, dos desejos, motivações coletivas, modos de pertencimento e participação dos atores locais”. Trata-se de um “olhar burocrático e funcionalista que o estado tradicionalmente guarda sobre a sociedade civil”.

Para a execução da visita domiciliar, o programa preconiza um roteiro que consiste em uma inspeção sistemática e completa do quintal e do interior da casa e inclui orientações ao morador. O Anexo F apresenta o conteúdo dos treinamentos, nos quais cada etapa da visita é detalhada, seguindo-se à exposição teórica a atividade prática, que são as visitas:

Aí depois você vai à prática do campo, você faz toda essa parte lá do campo: como que você vai começar, tem que marcar o quarteirão pra você ter o controle, você entra pela direita, faz a visita. Então tudo é técnica que você, que está no manual [Manual de controle de vetores, do Ministério da Saúde], você tem que passar pro agente. Porque não adianta você dar o manual pra ele. [...] ele vai ler e não vai entender. Então nós explicamos o manual inteiro pra ele. (C-65-PNCD)

O procedimento compreende a localização da residência, identificação do morador, apresentação do funcionário, explicação do propósito da visita, solicitação para entrar, participação do morador durante a visita para receber as orientações e realização das atividades preconizadas:

Fazer a visita na prática. Cada um tem que visitar uma quantidade de imóveis com a supervisão de um outro que já tem mais tempo, que vai explicar pra ele como que é abordagem com o morador, como que ele faz a seqüência dentro do quintal, dentro do imóvel. Que tem que visitar primeiro a parte externa, depois a parte interna do imóvel. A importância dele visitar a parte interna, do morador estar acompanhando ele, e dele ter a comunicação com o morador; dele estar fazendo e o morador estar sabendo o que ele está fazendo, não só no quintal dele, dentro da casa. (ST-54-PNCD)

Nesse programa, a visita é uma técnica que deve ser seguida passo a passo, seguindo-se um conjunto de regras que tornam a atividade bastante sistematizada:

Nós temos a orientação: a primeira coisa, o agente, quando for fazer visita, ele tem que estar uniformizado, com crachá [...] e se identificar, chamar,

bater palma. A hora que o proprietário atender, nunca entrar com crianças menores; tem que ter um adulto na casa, ou pelo menos tenha um adolescente acima de 15 anos que possa atender e se identificar. O que ele está fazendo ali, quem é ele: “Sou agente de saúde, sou agente comunitário, sou da Secretaria Municipal de Saúde, estou fazendo controle do dengue, estou fazendo controle ali do PACS, PSF, e quero sua permissão para entrar para visitar a casa, para conversar com o senhor ou a senhora”. Isso é básico. Sempre no treinamento a gente orienta muito isso: ele estar sempre se identificando e essa questão do imóvel, da visita. É muito particular, porque se eu chego na sua casa você me atende muito bem, você sabe o que eu estou fazendo. (C-65-PNCD)

O coordenador explica que a formalidade auxilia na aceitação da visita, pois ajuda a transmitir segurança e autoridade ao morador, já que se trata de uma ação de saúde que faz parte de uma política de controle de endemia, o que requer que o serviço público adentre a moradia. O coordenador aponta, porém, a possibilidade de resistência e de recusa:

Às vezes você chega numa casa e a pessoa não quer receber. “Mas pra quê?” Então você começa explicando antes que ele te der oportunidade, você começa justificando, e cada casa é um caso. [...] Tem casa que o agente chega, se apresenta, o morador nem sabe o que ele vai fazer: “Não, pode entrar.” [...] “Dá pra você me acompanhar?”, “Não posso, estou fazendo almoço, estou lavando roupa, estou fazendo alguma coisa”. E às vezes o agente tem que ir no quintal sozinho. E ele também não vai obrigar o morador. É a questão do convencimento, porque treina muito, conversa muito, explica muito, pra ele ter argumento pra estar convencendo o morador pra estar, acompanhar, fazer o que ele está falando. Se você chegar numa casa e a primeira coisa que o morador perguntar e você não souber responder pelo menos o básico, você não tem mais argumento pra convencer o morador. Então é isso que a gente trabalha muito. Na visita, ele saiba falar do ovinho do mosquito, que fica ressecado por tanto tempo, o mosquito desova na borda do depósito ali, se ele lavar com escova aqui ali, [...] Então, esse tipo de coisa que é a visita. A visita, ela é elemento único mesmo. (C-65-PNCD)

Além de apontar o enfoque prático e pragmático da visita no PNCD, com transferência de informações, o coordenador relata que a visita é uma atividade

complexa, pois requer profissionais tecnicamente preparados. Com o treinamento, o agente deve adquirir conhecimentos para que possa atuar com autoridade. Observa-se que o conhecimento é utilizado como fator para imposição, por vezes sem envolver diálogo e escuta do outro.

O coordenador destaca a importância da motivação do profissional e mostra o enfoque atual do trabalho:

Depende muito da motivação do profissional. Se ele estiver motivado pra fazer, por mais dificuldades que ele encontre, ele consegue fazer. Mas se ele não estiver motivado, [...] imagine o morador que tem outras coisas pra fazer na sua casa na hora que o agente passa. Então, vai ser aquela: “Entre, fique à vontade que eu vou terminar o que estou fazendo”. Daí não adianta, você vai voltar para aquele trabalho vertical que era antigamente, na época da SUCAM [Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, órgão extinto do Ministério da Saúde, responsável pelo controle de endemias]: você entrava no quintal, você fazia tudo — tinha uma picaretinha de ponta, furava as latinhas, você tratava com aquela bombinha manual, borrifava as bocas de lobo e a caixa de gordura — e depois você falava pro morador. Então era tudo um trabalho vertical: você fazia; o morador só recebia. Tanto é que você às vezes chegava numa casa, o morador falava: “Ah, eu deixei muita lata guardada aí pra furar”. Quer dizer, aquilo tinha que ser colocado pra coleta levar. Ele guardava porque achava que o agente tinha que vir pra furar a lata do quintal dele. (C-65-PNCD)

Apesar das mudanças nas atividades realizadas, ainda permanecem características do trabalho verticalizado, como a técnica da visita e a transmissão de conteúdo.

O próximo relato, de um ACS, retrata sua satisfação em ver que a atividade educativa está surtindo efeito e que os hábitos necessários ao controle da endemia estão sendo incorporados por parte da população:

Você vai tirando, o morador está te observando e vai te ajudando, e nas outras visitas a gente passa, vê se está tendo os mesmos cuidados. São as visitas boas. (ACS-29-PACS)

Apesar do resultado positivo apontado pelo ACS, a incorporação desses hábitos pelos moradores é irregular, e há tensão quanto a quem cabe a responsabilidade pelas atividades necessárias ao controle da epidemia:

Eu tinha uma moradora que falava: “Eu estava esperando você chegar”. Ficava esperando eu chegar pra estar olhando o quintal junto com ela pra eliminar os prováveis focos que tinha lá, os criadouros. Às vezes não achava nada, mas às vezes eu achava. [...] Então você vai esperar o mês inteiro pra mim vir aqui?” [...] Na hora, na nossa frente, vendo, eles fazem. Mas às vezes depois passa e eles não fazem mais. Aí, chega no outro mês, aquele larvicida já perdeu a validade e o latão de água está focado. (ACS-51-PACS)

A fala da ACS evidencia as dificuldades para a mudança de comportamento, sendo que, em sua concepção, a visita à residência por vezes gera comodismo no morador, ainda que se busque sua participação. Há, porém, situações em que este pode questionar o poder público quanto às irregularidades de ocupação de terrenos, recolhimento do lixo e outros aspectos do gerenciamento municipal:

Você pode visitar dez casas com tranquilidade; aí de repente você vai achar uma que ele vai te questionar, ele vai falar: “Por que você não resolve aquele terreno baldio que tem na esquina ali?” Tem lugares que o morador fala: “Enquanto você não resolver aquilo lá, você não vai visitar mais minha casa”. E tem coisa que não está na mão do agente, ele não tem autonomia pra aquilo ali, ele já passou pro supervisor de área, o supervisor de área tentou resolver, não conseguiu, passou pro supervisor geral, já está na vigilância. A vigilância está tentando por meios legais, mas só que o morador, ele quer aquilo imediato, ele quer que seja resolvido de imediato. (C-65-PNCD).

O depoimento mostra que o morador questiona a finalidade da visita e espera por soluções para problemas mais imediatamente visíveis e de responsabilidade do Estado.

Segundo Campos (2003), o recrudescimento da dengue é resultado da ocupação urbana mal planejada, da falta de saneamento, do aumento indiscriminado da produção de embalagens descartáveis e pneus, sem coleta e destinos adequados, da degradação do meio ambiente e das condições de habitação, entre outros fatores.

Há, portanto o risco de sobrecarregar os indivíduos de responsabilidade sobre o controle da epidemia quando os focos não-domiciliares, extremamente importantes, não são abordados pelo Estado.

Segundo Chiaravalloti Neto *et al.* (2006), o agente é “reconhecido como uma porta de entrada para efetuar reclamações sobre a atuação do poder público e requerer resolução de problemas que vão além da presença do mosquito”.

Augusto, Carneiro e Martins (2005) enfatizam que a causalidade e a manutenção da dengue em forma epidêmica e endêmica estão relacionadas com macrofatores como pobreza, iniquidade social e questões de saneamento ambiental. Segundo esses autores, tais macrofatores não são enfrentados nem explicitados com a devida ênfase, sendo os microfatores presentes no domicílio que “aparecem como alvo da saúde pública”.

Em alguns casos a concordância do morador para a visita é parcial, ou seja, o morador recebe o agente, mas não lhe permite acesso ao interior do imóvel. Ao

indagarmos se a visita do PNCD pode se limitar à área externa da casa, o coordenador responde:

A orientação nossa é que ele tem que visitar o exterior e o interior da casa. Tanto o quintal como os cômodos da casa. [...] Eu falo muito isso pro agente, e às vezes eu vou na visita junto com o agente, eu convenço o morador quando o agente está tendo dificuldade, e eu estou por perto, fazendo treinamento ou qualquer coisa, eu convenço morador, eu consigo convencer aquele morador e ele deixa eu entrar. Então eu falo: “Se eu posso convencer, você também pode. É só ter jeitinho, conversar”. Se você entra num cômodo, você abre a porta, deu um passo dentro, você consegue visualizar. [...] Eu falo pra ele: “Você não precisa olhar em baixo da cama, não vai olhar o armário da pessoa, o guarda-roupa do morador”. Mas a questão: “A senhora me acompanha? Preciso dar uma olhadinha. Faz parte do meu trabalho por isso, isso e isso”. Ele abre, dá uma olhadinha ou, se a porta estiver aberta, se tem vaso, ou alguma coisa que acumula água. Se não tem, “obrigado” e dá a volta. Ele não precisa entrar, ficar andando sem ter motivo. Isso que às vezes o agente não entende, ele acha que tem que entrar dentro do quarto e olhar canto por canto. Ele entrou num cômodo, ele deu um passo pra dentro, ele já olhou, não tem nada que tem água aqui. Já volta pro outro cômodo. Por isso que a gente pede pra pôr a fichinha [ficha para registro da visita] sempre dentro da casa, no banheiro ou na porta da cozinha, mas dentro da casa. Se o morador estiver irredutível, ele usa isso: “Eu posso assinar a fichinha? Em qual porta ela está fixada?”. O morador fala: “Está no banheiro”. Então ele vai e fica olhando. Ele entra olhando. (C-65-PNCD)

Após a “prática da visita” procede-se a uma avaliação:

Quando termina aquela visita, a gente pára na frente [da casa]: “O que o colega fez está certo?”. Aí eu anoto tudo o que a pessoa fez, anota tudo pra falar: “Ah, ele errou, ele esqueceu de fazer aquilo, tem que fazer isso também”. Então passa pro outro. O outro faz a visita, os outros observam. Até a gente fazer várias visitas durante o dia. Aí volta pra sala [de aula], pra gente discutir tudo o que foi feito, tudo o que foi dito, ver o depoimento deles, o que eles acharam, o que eles sentiram. Então essa é a parte do treinamento que tem. É muito bom esse treinamento. Eles preferem esse treinamento dessa forma do que só teórico, depois você põe ele no campo lá. (C-65-PNCD)

O supervisor técnico reforça a finalidade do treinamento:

É que pra fazer um trabalho você tem que saber como fazer e porque está fazendo. Então esse é o nosso objetivo nesse curso, nessa capacitação: é saberem fazer e o porquê está fazendo.(ST-54-PNCD)

No PNCD, a visita domiciliar é não somente um dos instrumentos para o controle de *Aedes aegypti*, mas também uma estratégia de ensino aplicada nos treinamentos.

6.3 PECULIARIDADES DAS VISITAS DOMICILIARES DO PNCD

O supervisor de área tem como atribuição orientar os agentes quanto ao preenchimento dos formulários (Apêndice J), que semanalmente são recolhidos para conferência, com especial atenção para os focos e os imóveis fechados. Quando o ACS encontra moradias fechadas, deve proceder à chamada “recuperação de imóveis”, que consiste no retorno aos locais, se necessário em horários extras ao expediente usual ou nos finais de semana. O supervisor também acompanha semanalmente a situação de infestação das microáreas, através da entrega dos tubetes contendo amostras de larvas a serem encaminhadas ao laboratório. Posteriormente, repassam os resultados aos ACS. Ele explica a dinâmica de trabalho:

Toda segunda-feira ele [o ACS] tem reunião com a equipe dele. Ele vai priorizar também uma microárea que está com muito imóvel fechado. Que nós temos um parâmetro, máximo 10% que pode ficar fechado na cidade. Então, onde tem mais imóveis fechados; por que que está ficando fechado; como que ele pode fazer pra recuperar aqueles imóveis: trabalhar depois, um horário especial, alguma coisa. Uma microárea que está com uma infestação mais alta do que as outras; por que que ela está mais alta? Tem que ir lá in loco e tentar identificar isso. Tem um ferro-velho; não tem. Tem

uma fossa aberta; tem uma caixa d'água; o que quer que seja. (ST-54-PNCD)

Situações como as de casas fechadas exigem a tomada de providências:

Então, como problemas técnicos, nós temos casos de casas fechadas, terrenos baldios fechados com cadeado [...], nós temos respaldo jurídico pra entrar nessas casas fechadas. Se tem uma imobiliária, a gente procura o endereço, vai lá, conversa com eles. (SA-26-PNCD)

Uma característica do PNCD é a responsabilização “do indivíduo em seu ambiente doméstico e a regulamentação com a utilização de instrumentos legais, conferindo aos agentes de saúde a possibilidade concreta de ‘ingresso forçado’ em imóveis particulares” (Santos, Augusto, 2005).

O agente deve ser comunicativo e ágil durante a visita, pois sua duração deve ser a necessária para que realize o trabalho:

A duração da visita depende do imóvel, das condições do imóvel e da receptividade do morador. Lógico que não pode fazer uma visita muito longa. [...] você vai acabar chateando o morador. Então, não tem também aquela visita muito rápida, dois, três minutos. (ST-54-PNCD)

Pra fazer esse trabalho requer muita sabedoria da sua visita, porque você tem que ganhar o morador e você tem que realizar seu trabalho, tem que ser objetivo e rápido no seu trabalho, e ele também tem seu compromisso. (SA-5-PNCD)

Esse equilíbrio, que é de grande importância, porque você tem que visitar a casa, estar de bem com ele. [...] Esse elo de troca de informação sem atingir a pessoa [...]. Você tem que dar esse lado criativo, e ao mesmo tempo passa a escutar o que você está falando. (SA-5-PNCD)

Nas visitas, são encontradas situações críticas decorrentes, por exemplo, da falta de água encanada:

É assim: tem bairro que tem falta d'água. Só vem à noite, vem um dia, falta um dia, a pessoa pegou aquele costume: “Poxa, vai acabar água essa

semana". E enche o tanque, lá, o tambor d'água, e deixa lá. O que acontece? [...] Se a pessoa não cuidar, não tampar, como tem que ser feito, vai ser um criadouro. (SA-44-PNCD)

Note-se que deficiências na distribuição de água estão diretamente relacionadas com o controle de *Aedes aegypti*, por se requerer que o morador, ao armazenar água, cuide do fechamento dos recipientes.

O agente precisa dispor não só de conhecimento, mas também de sensibilidade, de maneira que ao implementar as medidas de eliminação do vetor não prejudique atividades relacionadas à subsistência de moradores — tais como o cultivo de hortas e mudas de plantas ou a coleta de materiais recicláveis — e reconhecer que aquele morador tem outras necessidades relacionadas com sua vida.

Uma das ações empreendidas durante a visita domiciliar é a abordagem frente aos recipientes encontrados, que podem tanto ser objetos inservíveis (latas, vasilhas, frascos) quanto instalações não-removíveis (piscinas, bebedouros de animais, lonas, lajes) ou objetos de utilidade (regadores, pratos para vasos). Em todas as situações, há preocupação de não invadir e contrariar a vontade do morador:

Tem que chamar o morador, mostrar aquilo ali, porque não adianta chegar pra pessoa lá, foi tirando tudo o que tem coisa inservível e jogar fora. Então acho que tem que ter participação do morador. Se não tiver a participação do morador, fica um trabalho muito em vão. (SA-44-PNCD)

Existe portanto uma tensão entre fazer a retirada dos materiais que podem acumular água e esclarecer o morador sobre as finalidades daquela atividade e contar com sua iniciativa, procurando conscientizá-lo. Muitas vezes, os agentes percebem-se contrariados, pois sentem-se frustrados por não obterem colaboração

dos moradores e sofrem pressão dos superiores, de forma que a responsabilidade da manutenção dos possíveis criadouros recai sobre seus ombros.

Quanto à retirada de materiais que podem ser criadouros do vetor, o coordenador explica:

Questão do controle mecânico o programa preconiza, mas tem agente que não quer fazer, porque ele acha que não é lixeiro. Ele fala desse jeito mesmo: que não é lixeiro. Então, isso a gente foi adaptando. Não é realmente pra ele estar catando — o morador que tem que fazer —, só que ele tem que estimular. Em alguns momentos, ele vai ter que chamar o morador, pegar o saquinho, ir lá, botar a latinha aqui, até pra tentar convencer o morador. Então, essas coisas nós fomos adaptando e colocando em prática. (C-65-PNCD)

Observa-se que, quanto ao recolhimento de criadouros potenciais, a orientação é ambígua, pois ao mesmo tempo em que a ação não constitui a atividade primordial, é por vezes a única alternativa de que o ACS dispõe. Tem-se aí uma decisão conflituosa, pois está relacionada com a prática campanhista vertical (limpeza de quintais, remoção de lixo) e alguns ACS não concordam em desempenhá-la:

Batendo naquela tecla até ela ir se conscientizando, que os dois trabalhos [PACS e PNCD] que a gente faz é conscientização mais, porque senão entra naquela vulgaridade, que as pessoas tratam a gente como se fosse um faxineiro do quintal dela. Se a gente chega lá e limpa o quintal para a pessoa, eles tratam, vamos supor, 40% tratam a gente como lixeiro. (ACS-8-PACS)

A comparação do trabalho do ACS com o lixeiro influencia a percepção sobre seu trabalho. Chiaravalloti Neto *et al.* (2007) citam que a população considera o controle e prevenção da dengue como serviço de menor importância, aspecto que compromete a atuação do agente, perpetuando a imagem de coletor de lixo.

Apesar dessa imagem negativa, o supervisor ressalta ser necessário dar continuidade às ações do programa:

É difícil esse trabalho, mas tem que ser feito. A população fala que cansa de ver o agente, mas toda vez que o agente vai é sempre o mesmo tipo de depósito, [...]. Então quer dizer: o morador não está conscientizado, não está levando as coisas de forma séria. (SA-44-PNCD)

O supervisor relata que é preciso respeitar e procurar auxiliar, sem repreender:

Olha: essencial mesmo, [...] é um conhecimento que a gente adquiriu, a gente ser assim, dinâmico, saber elevar as pessoas que está no dia-a-dia. [...] sempre procurar manter ela assim como uma pessoa amiga, que está ali pra auxiliar [...] A gente não está ali pra repreender ela [...]. Quando chega ali, tem que sentar, conversar, dialogar com eles. Assim vai ter um carisma com eles. [...] Ser dinâmico, saber ouvir... aconselhar também. (SA-44-PNCD)

Para o supervisor, a boa visita é completa, feita com respeito ao morador e em atendimento às normas do programa:

Eu acho uma boa visita [...] são visitas excelentes que você tem que ganhar confiança no seu trabalho de controle de vetores — o depósito que você está orientando, futuramente vai ser um depósito de criador de mosquito —, a importância dele perante o trabalho do ACS. [...] Acho de grande importância, vamos supor, dentro da visita domiciliar, o morador te acompanhar. (SA-5-PNCD)

O supervisor de área cita o acompanhamento da visita pelo morador como um indicador de qualidade do processo da visita.

Uma das dificuldades relatadas são as visitas a casas que são pontos de venda de drogas. Devido à necessidade de retornar mensalmente, o ACS recebe orientações para fazer seu trabalho o mais rapidamente possível e não se envolver em denúncias:

É uma orientação. Você sabe por quê? Quem que vai todo mês na casa daquela pessoa é o agente. Se tiver uma denúncia, de repente, Conselho Tutelar ou a própria polícia — não sei como vai ser o encaminhamento —, a população vai julgar que é o agente [que fez a denúncia]. A orientação é: na questão de droga, não se envolver. [...] faz o trabalho dele o mais rápido possível nesse local ainda, e se ele for falar sobre doença, o morador não quiser aceitar, ele não insiste muito. É um lugar complicado. (C-65-PNCD)

Outra dificuldade relatada são as visitas no “final da cidade, pois pegam uma área muito grande, de terrenos vagos. É muito deserto” (C-65-PNCD). Em tais situações, a orientação é solicitar acompanhamento do supervisor à inspeção.

Foram também citadas dificuldades relacionadas a vizinhos, muitas vezes devido à criação de animais:

Às vezes ocorre que o vizinho tem cachorro, o latido do cachorro que incomoda ele, ele acha que a gente estar ali é um elo de psicólogo para tentar resolver a situação de todos os lados, do vizinho da direita, da esquerda, da frente, sempre reclama de todo mundo [...]. Então esse trabalho requer muita paciência, muito profissionalismo, o trabalho do agente de saúde pra conviver com esses tipos de coisa todos os dias. (SA-5-PNCD)

Às vezes encontra problemas de galinhas, galinhas dentro dos próprios quintais, [...] a galinha também é útil pra nós também, que ao mesmo tempo é um animal que come os próprios insetos, um local onde existe grande quantidade de escorpião. [...] Galinha é o mau cheiro, da ração que as pessoas alimentam o animal [...]. [...] sempre que tem um terreno baldio é a criação de grandes insetos: é rato, aranha, escorpião. [...] sua orientação com morador, ele eliminar esse tipo de animal no seu quintal porque ele está favorecendo a criação de ratos. (SA-5-PNCD)

Água servida na rua, que o vizinho tem a mania de lavar o próprio canil, joga em vez de pegar as fezes e colocar num saquinho [...] lava a roupa e solta na rua. [...] ele vai reclamar para o agente de saúde, [...] até às vezes a gente vê caso de banheiro sendo solto no esgoto canalizado dentro do esgoto. As pessoas reclamam disso. (SA-5-PNCD)

Os depoimentos indicam a importância de se dispor de um programa de manejo ambiental mais ampliado, incluso em uma política de planejamento urbano.

Durante as visitas, os profissionais se deparam com as carências dos moradores:

Às vezes você chega numa casa que a pessoa não tem nada, [...] ela não tem nem um arroz pra pôr no fogão lá, mandar ela fazer um monte de coisa. Tudo tem os seus prós e contras, aspectos financeiros ou... Depende da região que você vai trabalhar, você faz a cobrança. (SA-44-PNCD)

Observa-se que ir às casas envolve ter contato com uma realidade mais ampla, que abrange hábitos, valores e formas de sobrevivência e de convivência com a vizinhança. Os problemas exemplificados reforçam a necessidade de integração entre as várias áreas da saúde, como a Vigilância Sanitária, requerendo-se articulação intersetorial. Para esses moradores, a dengue é mais um problema que se soma ao conjunto das dificuldades enfrentadas.

Os entrevistados relataram que fazem a supervisão do trabalho dos ACS em forma de reuniões semanais e conversas individuais, além das visitas de supervisão. O coordenador destaca os pontos positivos dessa atividade:

Então eles [referindo-se os ACS] até acham que a supervisão estimula o agente e ajuda eles nas visitas. O morador vê com olhos diferentes a pessoa que está vindo com o supervisor. (C-65-PNCD)

A supervisão presta-se a verificar as condições da área, observar o grau de capacitação e preparo técnico do ACS e corrigir eventuais deficiências ou falhas, orientando-o e instruindo-o sobre o aprimoramento da qualidade das tarefas sob seu encargo:

Supervisão, nós temos duas supervisões: a supervisão direta e a supervisão indireta no trabalho. A direta é aquela uma que a gente vai trabalhar com o agente e vê como ele está trabalhando, se está dentro da técnica, se não está. [...] E existe a indireta. [...] É pegar o trabalho dele de ontem ou anteontem, um ou dois dias atrás, e lá na prática ver como que está sendo feito, como que ele fez aquele trabalho: se ele deixou algum foco pra trás, se ele orientou bem o morador. A gente faz uma revisita novamente. (ST-54-PNCD)

O supervisor fala que por vezes detectam visitas fictícias — aquelas registradas mas não realizadas: “trabalho frio”:

A visita fictícia é ele lançar que visitou e não visitou sua casa. Ele pode fazer isso. [...] As pessoas usam essa artimanha porque, vamos supor: ele pode lançar três visitas fictícias, sendo que na parte da manhã ele estava na casa dele ou estava em outro local. (SA-5-PNCD)

No PNCD é dada grande ênfase aos procedimentos da supervisão, que parecem ocorrer sistemática e periodicamente, evidenciando os diversos níveis hierárquicos e as exigências quanto ao cumprimento das normas do programa. Por exemplo, o parâmetro aceitável de imóveis fechados não pode ser superior a 10%.

Os trechos das falas a seguir indicam que a supervisão deve ser ampla e contínua, para assegurar um bom trabalho e detectar falhas:

Às vezes o morador não aceita o agente, encontra alguma recusa que o morador não aceita; o papel do supervisor de área é ir lá e tentar resolver, conversar: “Olha, eu sou o supervisor desse agente. Ele tem que entrar por isso e isso”. (C-65-PNCD)

A gente tenta convencer a pessoa, mas ela não fala coisa com coisa. Quando ela fala que não quer, ela culpa o agente. [...] E tem uns que nem explicam! Tem gente que olha, vê que é o agente, fecha a porta na cara. Tem vários tipos de recusa! Geralmente é, casos que acontecem assim, pessoas é de classe alta, média, entendeu? [...] Ou tem alguma coisa na sua residência; geralmente é piscina que o agente vai bater em cima. (SA-44-PNCD)

Chiaravalloti *et al.* (2002) citam que a incorporação de práticas preventivas à dengue relacionadas aos criadouros não depende unicamente do grau de conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção, aspecto que se coaduna com a literatura sobre educação em saúde e com a experiência com doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar, já que a disponibilidade de informação não altera necessariamente os comportamentos. Complementam que fatores como o descrédito nos serviços de saúde, a falta de interesse em participar das atividades, a crença que a doença é inevitável, a transmissão vertical do conhecimento e o enfoque dos órgãos de saúde restrito ao comportamento individual interferem na adesão das pessoas aos programas de prevenção.

6.4 A VISITA DOMICILIAR E A INTEGRAÇÃO DOS PROGRAMAS

Em Campo Grande, a estratégia de unir as ações do PACS ou PSF com o PNCD na mesma visita domiciliar realizada pelo ACS foi uma iniciativa da prefeitura em 1998, com o intuito de otimizar o tempo e minimizar o incômodo aos moradores.

O supervisor técnico do PNCD explica o motivo da união dos programas:

Esse foi um dos principais motivos: colocar o PNCD com o PACS [...]. [O agente] está indo pra casa, tem lá o pessoal do PACS. A visita deles é longa, é uma hora. A senhora fica das nove e meia às dez e meia com o agente comunitário. A hora que a senhora vai fazer o almoço, vem o agente do PNCD, [...]. Como que a senhora vai ficar? E o almoço, e as atividades? Entendeu? Então era esse aí: uma hora pra cada agente ficar na casa é muito tempo, é muito tempo. Então dá tempo pra eles fazerem o PACS, o PNCD, conversar e muita coisa ainda. (ST-54-PNCD)

O coordenador complementa citando as vantagens que atribui à visita feita pelo ACS, além da racionalização do uso do tempo:

A questão do ponto positivo é o agente, por ter uma área pequena, por ele morar lá próximo, ser conhecido, ter facilidade de estar sendo um líder dentro daquela região dele, [...] ter facilidade de entrar na casa, ter facilidade de convencimento pelo agente, ser da comunidade, tanto pro PACS como pra dengue.(C-65-PNCD).

Chiaravalloti Neto *et al.* (2006) pesquisaram em uma cidade no interior de São Paulo a avaliação do impacto de controle de dengue pelos agentes do PSF e pelos agentes de controle de endemias e concluíram que a incorporação das ações de controle da dengue pelo ACS abre novas possibilidades, pois este lida diretamente com as questões de saúde das famílias e lhes passa orientações sobre prevenção. Por exercer um trabalho mais amplo, age como facilitador entre o usuário e o serviço, favorecendo a adesão às atividades que desenvolve. Os autores sugerem que a incorporação das ações de controle da dengue pelo ACS é viável, podendo dar bons resultados desde que haja também integração com as áreas de saneamento, habitação e educação, além de melhoria das condições de vida da população.

Nos vários contatos com os profissionais realizados no presente estudo e durante o período de observação, percebemos que a junção dos programas tem aspectos positivos, como enfoque no ambiente, na habitação e nas medidas preventivas, mas por outro lado permanecem problemas como rigidez nas visitas e nos roteiros e ênfase na transmissão de informações, de forma que a condução a contento das atividades de cada programa passou a ser questionada.

A coordenadora municipal do PACS e PSF, entrevistada em novembro de 2005, aponta as dificuldades em conciliar os dois programas em uma mesma visita domiciliar e considera que tal junção precisaria ser reavaliada:

Naquela época [refere-se a 1998], até pode ser que essa estratégia tenha sido adequada, mas agora não está mais funcionando. Então, até para a expansão, isso está dificultando. [...] O que estamos fazendo hoje são os ajustes. Estamos propondo também um repensar das atividades de agentes comunitários de Campo Grande. A época que assumiram tudo, tudo bem, mas hoje temos que repensar. (CM-1)

A coordenadora justifica que no PNCD é estabelecido um número de imóveis, que inclui residências, pontos de comércio e terrenos baldios. No PACS e PSF os imóveis são exclusivamente residenciais. Uma vez que em Campo Grande existem muitos terrenos baldios, o ACS se ocupa inspecionando esses locais e fica muitas vezes responsável por um grande conjunto de imóveis, sem atingir uma boa cobertura populacional, sendo esse um aspecto desfavorável ao PACS e o PSF. Ela complementa que isso chega a impedir a ampliação do número de famílias para cada agente, e conseqüentemente da cobertura de atenção básica no município.

Outra diferença ressaltada é que no PNCD o itinerário é rígido e no PACS e PSF são avaliadas as prioridades, podendo haver necessidade de retornar mais vezes à mesma residência durante o mês. Explica:

O itinerário deles para o PNCD é itinerário rígido, quarteirão. A do PACS e PSF é o eixo prioritário, é em princípio da equidade. [...] O PNCD não tem o princípio da equidade; é contrário ao PSF. O princípio da equidade é tudo, inclusive para as pessoas que vão ser visitadas. As pessoas que precisam mais são visitadas, mais do que uma vez no mês. Quem são? Crônicos degenerativos que não aderem ao tratamento [...]. Eu posso falar que o PSF incorpora o princípio do SUS, se eu tenho um agente comunitário trabalhando na lógica de itinerário rígido e por imóveis? Ele não pode sair daquele itinerário pra visitar. Se todo dia ele tiver que ir na casa de alguém

de risco, um alcoolista que tem tuberculose e é resistente ao tratamento para a tuberculose, [...]. Aí ele não pode sair porque seu itinerário é rígido? (CM-1)

A coordenadora concorda que o agente deve incluir em sua visita a inspeção para localizar possíveis focos e fornecer orientações, cumprindo o que está preconizado na Portaria 44 (Brasil, 2002d), mas acha inconveniente que o ACS assuma todas as atribuições previstas para o agente no PNCD.

Para alguns ACS entrevistados, a condução de dois programas configura sobrecarga, pois ao trabalho habitual soma-se uma grande quantidade de impressos a serem preenchidos:

Olha: a gente tem um número estatístico pra fazer no mês. Às vezes essa delimitação de tempo deixa muito pouco pra se trabalhar. Tem um acúmulo às vezes de muita coisa a fazer. No mês do PNCD, a gente tem que olhar o quintal, dar orientação pra dengue, às vezes tem outras prioridades naquela casa que acabam ficando; porque a gente tem que cumprir muita coisa. O trabalho de educação da saúde, promoção da saúde, às vezes fica prejudicado por essa delimitação de tempo. (ACS-64-PSF)

Além disso, os conteúdos e formatos das visitas são diferentes nos dois programas:

Porque PNCD é mais aquele trabalho mecânico, sentido horário, quarteirão e tal. E eu acho que uma das coisas que deveria mudar no PSF é isso. Que não só ficasse o principal, o PNCD, mas o PSF. Porque como que o PNCD inicia pelo lado um, tem que ir lá no dez ver um hipertenso que está passando mal, alguma coisa desse tipo, aí não posso sair daqui pra ir lá. Seria omissão de socorro. Tem que ir lá ver qual é a necessidade. [...] E o PSF não é o Programa de Saúde da Família? Então eu não posso ficar ali amarrado naquele. Tem que ter uma determinada liberdade pra andar na área toda, pra estar resolvendo problemas. (ACS-59-PSF)

Um comentário que eu acho bem válido: nós fazemos dois programas, que um é totalmente diferente do outro: um dá muita ênfase de você sentar, conhecer, conversar com o morador. Isso não dá para fazer 15, 20 minutos.

A pessoa não vai se abrir. Você pode perguntar se ela tem algum problema, ela vai falar não, que está tudo bem, então tem que sentar, fazer uma certa amizade, a pessoa vai se sentir segura, vai começar a conversar com você, aí te tratar como uma pessoa — não amigo, mas como um profissional. Já o PNCD, não. Tem que ser rápido: vai fazer seu serviço e sai, porque o número de casas já era grande, ficou ainda maior, então a gente fica naquela: “Vou rápido ou devagar? Como que eu faço?”. Se você faz o PNCD bem, porque tem a pendência [refere-se aos imóveis que permanecem não visitados], se você consegue fazer todas as casas, é porque você foi rápido, mas o PACS não fica bem feito. [...] Então, a gente tem que dar um jeitinho e tentar fazer o melhor possível com esses dois. Agora estão comentando que vão separar. Vamos ver como vai ficar, se vai melhorar. Os agentes têm medo de que quando tirar o PNCD vai complicar a entrada, porque se a gente fala que vai levar prevenção e saúde, eles falam que já sabe de tudo, que o amigo é médico, que não precisa de ninguém. Já se for prevenção da dengue, eles falam que pode entrar, olhar o meu quintal, aí eles deixam; tem um certo interesse, pode entrar. Então, a gente acaba fazendo o PACS. Já que está aqui dentro mesmo, eles acabam respondendo. (ACS-8-PACS)

O agente reitera uma opinião também expressa por outros profissionais entrevistados, que é a melhor aceitação por parte da população da visita voltada à dengue, talvez por ser ela mais conhecida, mais sistemática e mais breve, ao contrário da visita do PACS, que é mais demorada, aborda muitos assuntos e não tem um conteúdo tão definido.

Quanto à operacionalização, a visita do PNCD inclui muitas atividades que demandam tempo do ACS e do enfermeiro, além de haver rigidez para o cumprimento de todas essas etapas em todas as residências, o que muitas vezes prejudica o desenvolvimento do PACS. Observamos que, apesar das várias semelhanças e por serem programas que utilizam o mesmo instrumento (a visita domiciliar) e visam a prevenção, as diferenças podem levar a tensões e conflitos na operacionalização.

No Quadro 6.1 estão listadas as principais diferenças entre os programas.

Quadro 6.1. Diferenças entre o PNCD e o PACS–PSF.

Aspecto	PNCD	PACS–PSF
Unidade de atenção	Imóvel.	Família.
Moradia do agente	Não precisa localizar-se na área.	Precisa localizar-se na área.
Número que unidades pelas quais é responsável	1 000 imóveis.	No máximo 150 famílias.
Itinerário	Rígido, seguindo a seqüência dos imóveis.	Flexível, com liberdade de movimentação na microárea.
Rotina de trabalho	Pré-estabelecida, com predomínio de visitas domiciliares.	De acordo com planejamento, embora a atividade principal seja a visita.
Retorno às residências	Bimensal.	Mensal.
Supervisão	Supervisor em horário integral.	Supervisor é enfermeiro da unidade também.
Avaliação	Utilizam-se instrumentos tais como itinerários de trabalho com reconhecimento dos imóveis e horários de trabalho. Utilizam-se critérios tais como índice de imóveis fechados e índice de infestação, com limites de tolerância.	Utilizam-se dados do SIAB, mas não há uma forma específica de avaliação do trabalho do ACS. O indicador específico é a razão entre o número de visitas domiciliares e o número de famílias.
Recusa	As recusas podem ter conseqüências sérias e precisam ser evitadas.	As recusas são permitidas mediante assinatura de um documento.

Fonte: Manuais do Ministério da Saúde e entrevistas com a Coordenação Municipal do PACS e PSF e com a Coordenação Municipal do PNCD, de Campo Grande, MS.

Durante todo o período em que realizamos o trabalho de campo (novembro de 2005 a julho de 2006), os agentes de saúde do PACS e PSF realizavam também atividades do PNCD. Em 2006 essa questão foi encaminhada pelo Sindicato Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Epidemiológicos de Campo Grande à apreciação da Justiça, solicitando um parecer referente à desvinculação dos ACS em relação ao PNCD.

A junção dos trabalhos do PNCD, PACS e PSF certamente imprimiu diversas características às visitas domiciliares da atenção básica, em termos da sistemática das visitas, do caráter formal e das visitas de supervisão, entre outros

aspectos. No programa de controle da dengue, a existência de um conteúdo técnico mais específico também dá maior sustentação à visita domiciliar. No PNCD, porém, a atividade se centraliza na visita domiciliar e o foco é o controle do vetor, sem grande enfoque do vínculo com o ACS e com a UBS, sendo a instância para encaminhamento dos problemas o supervisor. A visita tem uma integração com a Vigilância Sanitária e alguma articulação intersetorial. Há aspectos positivos, como a proximidade do supervisor, que serve como um importante apoio para os ACS por ser esta sua atividade principal, diferentemente do que ocorre no PACS e PSF, em que o enfermeiro supervisor também atua na UBS. No entanto, a dupla supervisão do ACS, pelo supervisor e pelo enfermeiro, indica haver uma cisão entre os dois programas, e a “união” poderia ser integrativa se houvesse agentes suficientes e se fosse desenvolvida uma integração das lógicas do trabalho. Em Campo Grande constatava-se apenas uma justaposição, ainda que os ACS tentassem efetivar a integração na prática.

Em 2006 a implementação e a expansão do trabalho mostraram-se complicadas, devido às características diferentes de operacionalização dos programas e a problemas relacionados aos recursos humanos, como contratação e treinamento de pessoal, substituição em férias e licenças e pequeno contingente de ACS, além das especificidades de um grande centro urbano, como ocupação territorial desordenada. Outro fato que colocava a viabilidade da integração em cheque eram os índices de infestação, que apesar de oscilarem ao longo dos meses e entre os diversos bairros, mantinham-se às vezes elevados, indicando risco iminente de epidemia de dengue (Cunha, 2006). A separação dos programas se concretizou em outubro de 2006. Em janeiro de 2007 eclodiu uma epidemia de dengue em Campo Grande.

Tal situação mobilizou gestores, autoridades públicas e sociedade civil em busca de estratégias em curto, médio e longo prazo para o controle da doença, entre elas a vigilância entomológica, a abordagem educativa e também um repensar do processo de trabalho das visitas domiciliares.

Várias dificuldades, como horário da visita, abordagem do morador, adesão às medidas preventivas, comunicação, educação em saúde e casos de recusa e resistência, citadas com relação ao PNCD, também se verificam nos programas de atenção básica e serão enfocadas nos próximos capítulos.

CAPÍTULO 7

AS EQUIPES E A INSERÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES NA DINÂMICA DE TRABALHO

7.1 DESCRIÇÃO GERAL DAS EQUIPES

Cada uma das seis equipes pesquisadas neste estudo está lotada em uma UBS diferente. O atendimento prestado por todas elas é realizado em dois meios períodos: das 7 às 11 h e das 13 às 17 h, em dias úteis.

As equipes das unidades de saúde de PACS estavam à época da pesquisa assim compostas: um gerente, enfermeiros supervisores do PACS (um para cada equipe), agentes comunitários de saúde (em média 12 ACS em cada equipe), técnicos de enfermagem (três a seis, conforme o tamanho), um farmacêutico, auxiliares administrativos (três a seis, conforme o tamanho), médicos das especialidades da atenção básica — clínico, pediatra e ginecologista — (três a seis, conforme o tamanho), odontólogos para adultos e crianças, auxiliares de consultório dentário (um a dois), trabalhadores de serviços gerais (três a quatro) e guardas. O número de funcionários é dependente da quantidade de equipes de PACS (de uma a três equipes por unidade de saúde estudada).

As equipes de Saúde da Família eram compostas de médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório dentário e cinco a seis ACS. Além desses integrantes, havia um gerente, um assistente social (em duas unidades a assistente social ocupava o cargo de gerente), três auxiliares administrativos (sendo um específico para a farmácia), funcionários de serviços

gerais e guardas. O número de funcionários nas unidades variava conforme o número de equipes de Saúde da Família (uma a quatro equipes em cada unidade).

Segundo os gerentes entrevistados, o trabalho se estrutura no atendimento à demanda espontânea e em todas as unidades também funcionam programas do Ministério da Saúde (voltados à criança, à mulher, ao planejamento familiar, à hipertensão arterial, diabetes, à tuberculose e hanseníase, entre outros).

Em ambas as modalidades, as atividades realizadas abrangem consultas médicas e atendimentos odontológicos pediátricos e de adultos, assistência farmacêutica básica, consultas e atendimentos de enfermagem (englobando imunizações, curativos, inalações, aplicação de injeções, coleta de material para exames) e atendimento social, além de agendamentos para as consultas nas especialidades médicas, para os exames de diagnóstico e para outros procedimentos terapêuticos. Em todas as unidades de saúde eram realizadas atividades educativas grupais e visitas domiciliares. As variações encontradas nas características do agendamento e nas dinâmicas de trabalho serão descritas por equipe.

Nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) as equipes se reuniam periodicamente todas às sextas-feiras à tarde para o planejamento e discussão sobre casos e condução das atividades. Tais reuniões foram posteriormente suspensas devido ao início do Curso de Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde, em outubro de 2005, que coincidiu com o início do trabalho de campo, conforme informou a coordenadora municipal. No entanto, as reuniões, embora não previstas regularmente no agendamento de trabalho pelo nível central, aconteceram de formas diferentes em cada equipe.

A seguir, apresentaremos as características gerais das equipes pesquisadas e alguns aspectos de sua dinâmica de trabalho relacionados com as visitas domiciliares.

7.2 DINÂMICA DE TRABALHO DAS EQUIPES DE PACS E PSF

7.2.1 EQUIPE PACS 1

A equipe PACS 1 está lotada em uma UBS localizada em região próxima à área central da cidade (cerca de 6 km do centro)³. Sua área de abrangência engloba vários bairros, com cerca de 7 300 moradores, que segundo o gerente são pessoas de “classe média”, em sua maioria inseridos no mercado de trabalho, e também militares. Além dos moradores dessa área de abrangência, na unidade são também atendidos usuários provenientes de outros bairros e de fazendas do interior do estado.

Os agendamentos das consultas médicas dos pacientes atendidos pelos programas de hipertensão arterial, diabetes, criança e gestantes são feitos logo após as consultas, para facilidade aos usuários e para garantir seu retorno. Visando atender os trabalhadores, as consultas médicas por demanda espontânea, que rotineiramente eram agendadas para o dia seguinte, são marcadas nessa unidade obedecendo ao “agendamento na prancheta”, que consiste em anotação de nome, número do prontuário e especialidade médica de atenção básica, no horário das 6 às 7 h da manhã. Esse agendamento é feito pelo ACS previamente escalado e tem boa aceitação pelos usuários e equipe de profissionais da unidade, pois permite que

³ Todas as distâncias das UBS ao centro foram estimadas utilizando-se os recursos do serviço Google Earth (<http://earth.google.com>) com base nas principais vias públicas mapeadas.

os usuários trabalhadores não faltem a suas tarefas profissionais para marcar consultas. Para os ACS entrevistados, essa atividade é uma forma de acolhimento, possibilitando contato com os usuários e inserindo-os na dinâmica da unidade.

No agendamento há disponibilidade de algumas vagas para casos indicados pelos enfermeiros⁴:

A gente acaba sendo esse suporte pra essa pessoa, sendo essa ponte. Nós conseguimos, junto com a nossa gerente, nós conseguimos deixar vagas reservadas para o PACS com o pediatra e com o clínico. São quatro vagas pra cada especialidade, especialmente se nossos agentes vêm com emergência: a gente acaba atendendo aí dentro dessas vagas. Isso também dá um respaldo pra esses agentes. (E-PACS)

- *Observamos que, apesar de o número de vagas ser pré-fixado, o atendimento é ágil e há flexibilidade para encaixes. (Registro de observação, PACS 1)*

O enfermeiro relata que na unidade faz atendimentos aos usuários e desempenha atividades de planejamento, organização de materiais que precisa entregar aos pacientes que recebem cuidados em casa, digitações no prontuário eletrônico e também atividades administrativas, tais como definição de escalas de trabalho e relatórios dos programas. Como trabalho externo à UBS, supervisiona os ACS e realiza visitas domiciliares e acompanhamento e monitoração da pressão arterial de usuários que fazem caminhadas em um terreno próximo à unidade. Além disso, faz palestras educativas e visitas à creche. O Ponto de Apoio, local de encontro dos ACS, situa-se em uma sala de aula nos fundos de uma igreja, distando

⁴ Neste capítulo, a fim de preservar adicionalmente o anonimato dos entrevistados, omitiremos suas identificações numéricas. Também omitiremos as identificações de gênero, utilizando unicamente o masculino na redação.

cerca de 1 km da UBS. Nesse espaço acontecem as orientações e conversas com o enfermeiro e os ACS.

As atividades específicas do enfermeiro são divididas entre os três profissionais lotados na UBS e há uma escala semanal de trabalho, com a qual se assegura que sempre pelo menos um enfermeiro permaneça na unidade. Nessa programação constam quatro meios períodos para visitas domiciliares para cada enfermeiro.

- *O enfermeiro mostrou a escala semanal com quatro [meios] períodos por semana para visitas domiciliares, e vi que há uma intenção em priorizar visitas em relação às demais atividades na unidade — eu achei que são muitos dias para uma meta mensal de 20 visitas. Porém o enfermeiro falou que muitas vezes a escala não é seguida, pois são feitas solicitações de trabalhos e relatórios que precisam ser priorizados. Explicou que há uma concentração de trabalho no enfermeiro e conseqüentemente no agente. Como será que priorizam as atividades? (Registro de observação, PACS 1)*

Quanto às reuniões de equipe, o gerente relata que as informações recebidas nas reuniões do Distrito Sanitário são transmitidas aos enfermeiros, que são responsáveis por repassá-las aos ACS. As reuniões têm um caráter mais informal, sua periodicidade é variável e não há, segundo o gerente e o enfermeiro, participação dos médicos.

Durante os dias de observação, os enfermeiros estavam fazendo uma nova subdivisão das microáreas do PACS, tarefa que exige tempo e disponibilidade e que, segundo o enfermeiro, trazia ações que não fazem parte da rotina.

7.2.2 EQUIPE PACS 3

A equipe PACS 3 atua em uma UBS localizada em bairro mais distante da área central da cidade, a cerca de 11 km. Uma parte significativa dos moradores é oriunda do Paraguai, tendo sido freqüentes as uniões conjugais consangüíneas. Na área residem cerca de 7 000 pessoas. Essa área também conta com moradores sob maior risco social: há utilização de água de poço, os esgotos são abertos e o lixo é queimado, além de haver áreas de comodato e outras situadas nas proximidades de um córrego, com risco de enchentes:

Mas aqui o maior problema mesmo é o alcoolismo, o divertimento das pessoas é o álcool. [...] o esgoto a céu aberto, [...] fizeram canalização [do córrego], então teve pessoas que usaram como esgoto. [...] Então ali é um foco de contaminação. [...] As casas têm uma parte única e de pouco espaço. Como são várias casas juntas, eles jogam no fundo o esgoto da casa, tudo dentro do córrego. (ACS-PACS)

A ACS complementa que no bairro funciona um Centro de Múltiplas Atividades (Cema) que realiza trabalhos com adolescentes e idosos:

Tem um Cema também, que não consegue, assim, todas as pessoas da comunidade, as crianças, [...] tem o projeto dos adolescentes: ficam lá trabalhando em vez de ficar na rua. [...] Tem o acompanhamento dos idosos, que também não consegue acompanhar todos, mas uma boa parte. (ACS-PACS)

Nota-se já de início que nessa equipe há maior visibilidade dos recursos intersetoriais para os profissionais.

Nessa UBS, o atendimento aos portadores de diabetes e hipertensão arterial é agendado para um dia específico da semana. Para os portadores de tuberculose e hanseníase, o agendamento é facilitado, pois os casos são poucos e prioriza-se o

atendimento nas intercorrências. Já as consultas médicas por demanda espontânea são marcadas para o dia seguinte.

O gerente da unidade é também enfermeiro supervisor do PACS e seu trabalho é a coordenação administrativa e técnica da unidade. Realiza reuniões quinzenais com toda a equipe ou direcionadas aos funcionários da recepção ou da enfermagem. Atende também à demanda espontânea, pois segundo ele “pode perder o paciente. Se pedir para vir no outro dia, o usuário pode não retornar”. Além disso, programa dias específicos para o atendimento das gestantes e crianças de baixo peso e para coleta de material para exame colpocitológico.

Nessa unidade, duas vezes na semana, das 6 às 7 h da manhã, os ACS fazem palestras dirigidas aos usuários que aguardam na fila para fazer o agendamento de atendimentos. A programação dos temas e a escolha das duplas de ACS responsáveis pelas palestras é feita pelo enfermeiro supervisor, juntamente com os agentes. Os temas abordados são dengue, leishmaniose, hanseníase e tuberculose, entre outros. Os ACS entrevistados consideram a atividade importante, mas reconhecem que seu alcance é limitado, pois as pessoas “estão obrigadas a ouvir”.

Todos os dias, pela manhã e no início da tarde, os 14 ACS encontram-se na UBS para assinar o ponto e marcar seus itinerários. Segundo o gerente, esse encontro diário propicia uma maior agilidade para atendimento das solicitações encaminhadas pelos agentes, tais como marcação de consultas, exames e procedimentos para as pessoas com dificuldades de locomoção e situações de urgência. Ele relata sobre seu trabalho:

Todo dia de manhã ou à tarde que eles [os ACS] vêm. Já trazem e eu já resolvo. Eu não deixo para amanhã ou depois, a não ser que eu não consigo resolver hoje. [...] Então, todas as demandas dos agentes: “Eu estou com um problema assim, e eu não consigo resolver sem você. Pode fazer uma visita?”. Aí eu vou lá com ela — ou sozinha, vai depender —; então todos os dias eles vão me trazer. O que tenho, o que eu posso, já resolvo. Eu percebi que dá uma certa agilidade, porque em outras situações os agentes não podem nem marcar consulta. Mas a gente os orienta: se não for paciente, não pode marcar consulta, porque o paciente tem uma idéia que a gente é hospital dele. Aí eu falo: “Explica que só as exceções que eu autorizo”.(G-PACS)

O gerente argumenta que há uma integração entre os ACS, o enfermeiro e a UBS, com busca ágil de resolutividade dos problemas. Informa haver critérios que norteiam a marcação de consultas pelos ACS. Menciona também a expectativa do paciente (de atendimento imediato a todos, como em um hospital), sendo que na unidade há agendamento baseado em prioridades.

- *Várias vezes vi o ACS acompanhar os encaminhamentos realizados pelo enfermeiro, como observei em uma conversa do enfermeiro com o médico e em um telefonema ao Conselho Tutelar para informar sobre uma criança que estava na casa de uma senhora e impedida de ir à escola. (Registro de observação, PACS 3)*

Na rotina semanal do enfermeiro está previsto meio período, geralmente segunda-feira à tarde, para as reuniões e treinamentos em serviço com os ACS, denotando uma regularidade das reuniões, aspecto que fortalece o trabalho em equipe:

Normalmente na segunda-feira o [nome do enfermeiro] faz uma reunião com a gente para passar os problemas da comunidade durante a semana. A gente deixa juntar para poder passar para ele para ver o dia que ele possa fazer uma visitinha com a gente. Para resolver aquele problema, mais sério — às vezes tem aquele caso particular que a gente quer comentar —, então a gente se junta normalmente na segunda-feira à tarde. (ACS-PACS)

- *Hoje acompanhei uma reunião dos ACS com o enfermeiro. Eles utilizam uma sala no centro comunitário da igreja. O enfermeiro explanou sobre o pré-natal, enfatizando os exames, as indicações e orientações. Os ACS falam as suas dúvidas, citam exemplos e há uma boa participação. (Registro de observação, PACS 3)*

Semanalmente, meio período é reservado a visitas domiciliares, que o enfermeiro prefere realizar pela manhã (nas sextas-feiras), devido ao calor.

7.2.3 EQUIPE PACS 5

A equipe PACS 5 está lotada em uma UBS situada a cerca de 10 km da área central da cidade. Sua área de abrangência engloba vários bairros, cada um com distintas características, somando aproximadamente 5 700 moradores.

- *A equipe de PACS que acompanhamos atua em um bairro que dista 4 km da UBS. É uma região periférica, com várias chácaras e pouca urbanização. Não há pavimentação asfáltica; muitas poças e barros nas ruas. A maioria das casas está em condições precárias, estando o bairro inclusive classificado como região prioritária para implantação do PSF. (Registro de observação, PACS 5)*

Um agente descreve:

Tem que fazer urgentemente, aqui no nosso bairro, um saneamento básico. [...] Porque como que você vai chegar numa casa e falar de saúde se todo lugar que você olha...? Não tem como você fazer, sabe? Você fica, assim, desarmado. [...] não tem jeito, não tem condições. (ACS-PACS)

A nossa comunidade é carente basicamente de tudo. De atenção da saúde, de infra-estrutura. [...] Nós não temos área de lazer, [...] Até o nosso PSF ficou na promessa, [...]. A única coisa que funciona aqui mais ou menos é a linha do ônibus. (ACS-PACS)

Observa-se que os problemas referidos estão ligados à falta de recursos e equipamentos sociais, como lazer e infra-estrutura, o que não pode ser resolvido pela área da saúde na dimensão da prevenção e controle. Como a intersetorialidade ainda é muito incipiente, os profissionais se vêem colocados frente a problemas para os quais não dispõem de solução.

Para os ACS e os moradores entrevistados, a distância da UBS cria dificuldades, por lhes requerer que tomem dois ônibus.

Indagado sobre o atendimento na UBS, o gerente informou que o sistema de agendamento da demanda espontânea para consultas médicas foi recentemente modificado, com marcação de consultas médicas para o mesmo dia. Os usuários dos programas de hipertensão arterial, diabetes e gestantes contam com agendamento específico, para assegurar o acompanhamento médico. Sobre o número de consultas disponíveis na unidade, explicou que são suficientes e, quando há necessidade de retorno, estes já são marcados após as consultas. Em caso de solicitações de consultas médicas pelos enfermeiros e pelos ACS, podem ser utilizadas as vagas de retorno ou estes podem conversar diretamente com os médicos. Informou que há falta de vagas para exames laboratoriais, consultas de especialidades e exames especializados. Completou também que não realizam reuniões de equipe periodicamente.

O Ponto de Apoio dos ACS se localiza no centro comunitário, que se encontra em condições bastante ruins (pouca iluminação, telhado quebrado e sanitários precários). Todas as manhãs o enfermeiro se dirige a esse local, onde se encontra com os ACS para dar-lhes orientações, repassar-lhes os informes e atender às demandas trazidas por eles, ali permanecendo por cerca de uma hora.

- *Observamos que o enfermeiro orienta os ACS para que as solicitações de visitas e de atendimentos na unidade sejam encaminhadas por escrito em impresso próprio para essa finalidade. (Registro de observação, PACS 5)*

Nessa equipe, os ACS periodicamente ministram palestras aos usuários sobre temas como exame de prevenção do câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis e alimentação infantil, entre outros. Tais atividades são sempre realizadas por um grupo de agentes, em diversos locais, como centros comunitários e residências situadas na área de abrangência. Semanalmente o enfermeiro e os agentes realizam atividades grupais, como verificação de pressão arterial e glicemia capilar de portadores de diabetes e hipertensão arterial, atendimento de crianças com baixo peso e entrega de leite:

Nós temos muita coisa pra oferecer. Nós temos o trabalho com a criança, o trabalho da desnutrição da criança, temos o trabalho do hipertenso, de 15 em 15 dias é medido a pressão [arterial], pesamos, orientando o que ele pode melhorar, o peso dele está alto pra altura dele. São coisas que a gente está podendo oferecer. A aferição da pressão, se não tivesse aqui — nós não temos posto [de saúde] —, como que eles iam aferir essa pressão? (ACS-PACS)

Os ACS entrevistados relatam manter pouco contato com a UBS, aspecto que dificulta a integração do trabalho na atenção básica.

No planejamento semanal, o enfermeiro programa três meios períodos para visitas domiciliares e também três na UBS para atendimento das demandas trazidas pelos ACS.

7.2.4 EQUIPE PSF 2

A equipe PSF 2 está lotada em uma unidade localizada em região distante, a 10 km do centro da cidade. Sua área de abrangência inclui um bairro próximo a um depósito de lixo. Somente as ruas principais são asfaltadas, o solo é muito arenoso (dificulta a locomoção em bicicleta) e a distribuição das casas é bastante esparsa, com muitos terrenos baldios. A área geográfica é bastante extensa.

Segundo um ACS entrevistado, um grave problema na microárea em que atua é o lixo:

Lixo, tem muito lixo na minha área, mas não é o morador da minha área que joga lixo na minha área. É o morador da área vizinha. Eles vêm e jogam na minha área, porque na minha área tem muito terreno baldio. (ACS-PSF)

A população é de aproximadamente 3 100 pessoas, ocorrendo alta rotatividade dos moradores, tanto provenientes de outras regiões como da mesma área. Segundo relatos dos profissionais de saúde entrevistados, há muitos desempregados; alguns moradores trabalham como auxiliares de serviços gerais e domésticos, em sua maioria sem vínculo empregatício formal. Os problemas mais comuns, segundo os ACS e o gerente, são analfabetismo, drogas, alcoolismo e gravidez na adolescência.

As características do bairro relatadas pelos entrevistados e que influenciam o trabalho na área da saúde foram as condições precárias das ruas, com solo arenoso, em sua maioria sem pavimentação, esburacadas e com valetas decorrentes da erosão, dificultando o acesso à unidade de saúde e a utilização de bicicletas pelos ACS e moradores. Segundo relatos de um agente e de usuários, o

bairro não oferece oportunidades de emprego nem lazer e são poucas as opções para a aquisição de produtos de primeira necessidade, como alimentos.

A UBS situa-se na parte central dessa área, em uma casa alugada e adaptada que, segundo o gerente, oferece precárias condições de atendimento, devido a goteiras, problemas no telhado, infiltrações de água, umidade e espaço reduzido. Na parte externa há uma pequena varanda, utilizada para as reuniões. O planejamento das atividades é feito conjuntamente, reservando-se normalmente meio período do dia para atendimentos na unidade e outro, geralmente às tardes, para a realização de grupos, atendimentos nas creches e visitas domiciliares.

Quanto à dinâmica de trabalho, os encontros entre os integrantes da equipe são freqüentes e geralmente informais, realizados nas salas da unidade e na copa durante os intervalos para café. O Ponto de Apoio dos ACS situa-se na própria unidade. Diariamente pela manhã, o enfermeiro dedica algum tempo para conversar e orientar os ACS e repassar informações relativas ao trabalho. Os diálogos observados versaram sobre as atividades de forma geral e à troca de informações sobre a situação dos pacientes atendidos, como diagnóstico, proposta terapêutica e planejamento de ações. Tais encontros contam com a participação de todos os profissionais, inclusive os da recepção.

Os usuários que aguardam atendimento permanecem em uma varanda na entrada da casa. Há maior concentração de pessoas no início dos turnos da manhã e da tarde. Diariamente o guarda distribui as senhas, conforme a disponibilidade de vagas para consulta médica, e as pessoas que não conseguem vaga aguardam para conversar com o enfermeiro ou assistente social para avaliação e encaminhamento

mais adequado. Uma dificuldade citada pelos profissionais é a dos agendamentos para exames e especialidades médicas, pois a oferta é reduzida.

Sobre a dinâmica de trabalho na unidade o enfermeiro relata:

O Ministério da Saúde preconiza que o Programa de Saúde da Família tem que ser voltado para a prevenção e promoção à saúde, fazer alguma coisa para ser diferente. A gente tenta passar isso pra comunidade, explicar que isso aqui não é um posto, aqui é uma Unidade de Saúde da Família, e explicar o que é uma Unidade de Saúde da Família [...], é uma equipe e que trabalhamos com delimitação de área, atendemos tantas famílias. Então aí eles compreendem. [...] A gente procura fazer atividade diferenciada mesmo. Na unidade básica é ambulatório, aquele atendimento do paciente quer isso e aquilo. Aqui não. A gente procura ampliar mais a questão, despertar a nossa comunidade [...], despertar neles que é através deles que vamos conseguir a melhoria desse trabalho. [...] Fora as atividades que a gente tem de rotina, a gente procura fazer outras que possam trabalhar um pouco a questão da prevenção e da promoção, para não ficar naquela mesmice. (E-PSF)

Esse depoimento mostra que se espera que o PSF seja uma mudança, uma proposta que, por incluir prevenção e promoção, precisa operar sob uma lógica diferente. O enfermeiro considera ser importante não se ater à rotina das UBS tradicionais, incluindo “a prevenção e promoção para sair da mesmice”.

O médico relata que, além dos atendimentos individuais, realizam outros em grupos, tanto na unidade quanto na comunidade:

A gente resolveu fazer assim: um [meio] período faz atendimento na unidade e outro [meio] período faz outra atividade, como visita, reuniões com grupo de mulheres, gestantes ou diabéticos. Nessas reuniões eu já faço tipo um ambulatório como se fosse mutirão, coisas de fácil resolução, tipo troca de receita de planejamento familiar, só pra ver um preventivo. Nessas reuniões a gente aproveita e faz isso e isso. Acho muito bom, e assim diminui a demanda aqui, pessoas que não conseguem marcar a consulta ou que não podem vir. Então as reuniões são sempre normalmente na casa de um morador. (M-PSF)

O relato a seguir evidencia os aspectos favoráveis dessa atividade no domicílio:

Prefiro fazer na casa de um morador, porque, além de tudo, facilita, é perto de casa. Facilita também a gente conhecer melhor a pessoa: você vê a casa, como que é, como se relaciona com os vizinhos, pessoas que vão à casa, como são recebidos. Eu acho que o morador até fica orgulhoso: vai até a casa pras reuniões, deixam a casa limpa, põem agüinha gelada pra gente. [...] Eu gosto muito de fazer; eu não gosto de fazer na unidade. Acho que tumultua a unidade e perde esse momento de fazer a relação com o morador, de conhecer o morador, conhecer a comunidade, conhecer a casa. Quando você o vê aqui, você não imagina como que é a casa. Como a Dona [nome da usuária]: como é a casa dela, como ela vive, se tá sozinha, se é limpa ou se é suja, como é o remédio — “Tá guardado”, “Me mostra o remédio” —; já ter uma idéia maior. Diferente. No consultório só tenho o que conta; pode ser verdade ou não. Não consigo visualizar a realidade da casa dela. Acho as reuniões muito importantes. (M-PSF)

O espaço residencial dos moradores é portanto utilizado para reuniões educativas e atendimento a grupos. Isso evidencia que o domicílio tende a ser uma extensão do trabalho da unidade. A atividade grupal nas casas apresenta uma ambivalência, pois ao mesmo tempo em que permite conhecer a rede social, pode ter também um enfoque de fiscalização das ações individuais frente à saúde–doença e tratamento. Santos (2005, *apud* Trad, 2006) observa que sob o pretexto de “conscientizar” os usuários, tenta-se impor um código de condutas. São prescrições guiadas exclusivamente pela racionalidade técnico-científica à qual se vincula o profissional.

Quanto à inserção das visitas domiciliares na dinâmica de trabalho, a programação das tardes é bastante flexível, aspecto reiterado pelos profissionais entrevistados e confirmado por observação.

Já no primeiro dia da observação da pesquisa, em que usualmente ocorre o contato inicial com a equipe e a unidade, o enfermeiro nos convidou a conhecer a área.

- *Ele me convidou de forma bem espontânea para “dar uma volta no bairro”. Eu fiquei surpresa com este desprendimento e falei que durante os dias de observação entraria na rotina da equipe. Ele me mostrou o planejamento semanal e falou que quase todos os dias saem para visitas. Eu achei ótimo e saímos de carro. Ele percorre o bairro com total naturalidade, falou que andaríamos tudo, de ponta a ponta, mostrou toda a área e indicou o começo e final de cada microárea. Vou tentar descrever o que eu senti, pois não sabia se prestava atenção a tantas informações repassadas pelo enfermeiro, sobre as ruas, os moradores — conhece os diagnósticos, cumprimentava as pessoas e dirigia com tranquilidade no areião e nos buracos —, ou se observava as características da área. As pessoas vivem como catadores de lixo e fazem muitas queimadas e portanto têm cheiro característico. Atualmente o lixão, que era um buraco, está sendo preenchido com entulho de obras e as pessoas estão sendo obrigadas a guardar o lixo em seus quintais e isto chamou sua atenção, pois nunca viu tanto lixo acumulado... Fala de sua preocupação com a dengue. Sobre as características, é uma pobreza imensa, muitas casas pequenas, dá para ver que são de uma, duas peças no máximo, todas no reboco, e precárias, com acesso a água somente na parte externa da casa, e algumas casas que são barracos com lona. Eles chamam estes barracos de favela e no meio outras casas bem acabadas, e isto ele atribui ao comércio de drogas, pois quando alguém muda ou começa a modificar a casa, pode acreditar que é droga. Fala que é um bairro muito violento, mas aparentemente não tem medo de transitar ali. E foi mostrando tudo. Perguntei das atividades das pessoas. São serventes de pedreiro ou fazem bicos, são domésticas, e vivem da aposentadoria dos mais velhos. Mostrou os pontos que considera importantes, como escolas, creches e as áreas mais críticas. Percorreu as ruas fazendo indicações das casas cujos moradores já conhece, cumprimentando as pessoas nas ruas e*

às vezes para conversar, perguntar, dar alguma informação e fazer “visitinhas rápidas”. (Registro de observação, PSF 2)

Nossa primeira impressão foi reconhecer o envolvimento da equipe com a população e o território, pois toda aquela área corresponde a seu espaço de trabalho, valorando as atividades realizadas. No entanto, essa prática poderia decorrer também das limitações da área física da unidade, que é pequena e insuficiente para os atendimentos feitos pelos profissionais e para os trabalhos com grupos, havendo necessidade de buscar alternativas fora da unidade. Além disso, o acesso à unidade é prejudicado pelas condições das ruas e pelo baixo poder aquisitivo dos moradores, que não dispõem de dinheiro para ônibus, o que impõe a necessidade de visitas domiciliares para facilitar-lhes o acesso aos serviços de saúde. Esse aspecto será discutido como uma das dimensões da integralidade relacionadas com a visita domiciliar, ou seja, a visita como garantia de acesso à UBS, superando a exclusão advinda de barreiras colocadas pelas precárias condições de transporte e mobilidade.

7.2.5 EQUIPE PSF 4

A equipe PSF 4 está lotada em uma UBSF localizada a 15 km do centro de Campo Grande. É responsável por cerca de 3 300 pessoas residentes em uma área localizada a cerca de 3 km da UBSF, situada nas proximidades de um depósito de lixo, que também serve como fonte de recursos para muitos moradores, que são coletores de materiais recicláveis. As deficiências do bairro relatadas pelos usuários e pelos ACS entrevistados foram a violência e a falta de lazer. Os problemas de saúde mais freqüentes são decorrentes de atividades insalubres, com o lixo e a

poeira ocasionando muitos problemas respiratórios e dermatológicos. O gerente relata:

Olha, nós ficamos hoje numa área de assentamento, então o lixão, a população carente. Então a nossa população é extremamente carente. Ele colhe lixo, ele come lixo, ele dorme com lixo, então a grande incidência de doença aqui é muito grande, principalmente de pele e vias respiratórias. (G-PSF)

O gerente se preocupa com as doenças que essa população apresenta e ressalta a necessidade de assistência curativa.

A unidade foi inaugurada em 2005, em prédio específico pra esse fim. Abriga quatro equipes de Saúde da Família e recebe estagiários de várias instituições de ensino. O movimento de usuários na unidade é intenso em todos os horários, ora solicitando informações, ora aguardando atendimento. Cada equipe é responsável pelos moradores que atende, porém na organização do trabalho de enfermagem é feita uma subdivisão de responsabilidades para os técnicos de enfermagem, por sala e tipo de atendimento (como curativos, inalação, aplicação de injeções, imunização), de forma que cada técnico atende os usuários oriundos das quatro áreas.

Um técnico de enfermagem aponta a operacionalização deficiente da proposta do PSF, no que se refere ao dimensionamento de recursos humanos numa UBSF com quatro equipes e ao número de pessoas que se para ali se dirigem:

Porque aqui eu não atendo só o paciente da minha área. Eu atendo pacientes de outras áreas também. Eu estou na pré-consulta, eu dou informação de todas as áreas, além de verificar pressão, de verificar a temperatura. Além de marcar, eu atendo e dou informação de todas as áreas. Então é difícil ter mais tempo pro paciente, e eles, cada vez que nos procuram, eles querem atenção e pelo menos você olha pra ele e escuta. É impossível; é muito paciente. (TE-PSF)

Em alguns horários observamos maior aglomeração na recepção e na sala de pré-consulta, local a que os usuários se dirigem para obter informações de seu médico, do enfermeiro ou de técnicos de enfermagem, ocorrendo muitas interações rápidas. Também observamos vários atendimentos de urgências clínicas, inclusive que necessitaram remoção para outros serviços de referência. O volume de atendimentos realizados, as intercorrências clínicas dos pacientes crônicos, as urgências e as dificuldades financeiras para transporte a outros serviços de pronto atendimento repercutem no perfil da demanda espontânea dessa unidade e especificamente no trabalho da equipe em estudo:

A nossa equipe procura executar principalmente ações preventivas e atender a grande demanda da busca curativa que a nossa comunidade se encontra. As nossas atividades são de segunda a sexta-feira, com reuniões para grupos de pacientes gestantes, diabéticos, hipertensos. E atendimento em creche. Pelo menos duas vezes na semana a gente tira pra essas atividades. [...] Era de praxe a gente deixar um dia da semana pra realização de visitas domiciliares. Um dia não, um [meio] período. [...] A gente é cobrado de um número de atendimento mensal pela Secretaria de Saúde, como atendimento mínimo. E também existe uma cobrança de um número de visitas mensais. Só que em função desse incremento do número das consultas ambulatoriais, o número de visitas nossas há pelo menos um ano vem aquém dessa meta, que me parece de 20 ou 30 de visitas mensais. [...] A gente fica muito tempo preso na nossa unidade em função dessa alta demanda. (M-PSF)

O depoimento do médico mostra que o tempo despendido em atenção à demanda espontânea acaba sendo subtraído à abordagem preventiva e de promoção. Isso revela uma dicotomia entre ações preventivas e assistenciais, com maior valorização da segunda, e demonstra a dificuldade prática de atuar nas duas abordagens simultaneamente.

Ainda em relação ao planejamento do tempo, o médico relata que inicialmente as visitas ocorriam em um dia previsto da semana, porém há cobrança do gestor para o cumprimento de um número de consultas ambulatoriais, e que nos últimos meses isso tem repercutido na redução do número de visitas feitas pelo médico. Ele explica que o atendimento na unidade tem como consequência a manutenção da clientela que se dirige à UBSF:

A gente preferindo e fazendo o atendimento aqui, doravante o paciente, daqui pra frente, vai vir só aqui. [...] Então, de alguma forma, quando eu digo de peito aberto, é porque quando a gente deixa de referir, faz o atendimento aqui, a gente não está fazendo saúde naquele momento. A gente está tratando a doença, e talvez de uma forma não tão multifatorial como deveria ser. (M-PSF)

- *Diariamente havia um número significativo de usuários que desejavam ser atendidos pelo médico, para “conversar com o médico e tirar uma dúvida”, número esse muito superior à capacidade de atendimento por esse profissional. Hoje tinha poucos pacientes agendados, acho que só 4, mas 13 pessoas aguardavam para falar com o médico. (Registro de observação, PSF 4).*

Quanto às visitas domiciliares da equipe em estudo, embora um dia da semana fosse para elas pré-estabelecido, nem sempre era possível realizá-las, dado o acúmulo de atividades do médico, do enfermeiro e dos técnicos de enfermagem, que às vezes também precisavam permanecer na unidade para cobrir férias ou ausências de outros profissionais de enfermagem:

De manhã eu estou todos os dias na unidade, porque a gente faz, tem uma rotina, a cada quinzena a gente está num setor; à tarde a gente deixa para visita e os vários programas, a maioria das vezes na unidade mesmo. Só tem as quartas-feiras à tarde que a gente faz o programa do hipertenso, que tem a reunião lá no [nome do centro comunitário], e na terça, a cada quinzena, a gente faz creche, também à tarde. O restante dos dias, na

unidade, ou a gente está revezando, cobrindo um colega que está de férias ou adoece, mas sempre na unidade. (TE-PSF)

Eu acho que a gente deveria ter mais tempo [para fazer as visitas], que não fosse só à tarde. Eu acho que deveria ter de manhã também, porque de manhã é praticamente impossível sair para a visita, porque nós temos que atender o paciente dentro na unidade. Então nós fazemos um revezamento com uma outra colega da equipe — “Você segura meu setor, que eu vou visitar porque precisa” — ou eu seguro pra ela para fazer visita. Então, se pudesse ir de manhã, mas tem unidade também pra atender. (TE-PSF)

O gerente argumenta que o problema poderia estar relacionado com a pouca compreensão do usuário sobre o PSF:

Porque o usuário ainda não conseguiu assimilar o que é o PSF. [...] Ele quer chegar na unidade, ser atendido. [...] Então, pra gente fazer uma visita domiciliar, você tem que deixar a unidade. E, quantas vezes a equipe estava fora daqui, chegaram casos da área dela, que os médicos de outra equipe atenderam e tiveram que mandar pro 24 Horas [unidade de pronto atendimento]. Então, assim, tinha que ter uma coisa paralela pra fazer esse tipo de atendimento. (G-PSF)

Ele sugere a implantação de um serviço de pronto atendimento dentro da própria unidade:

O PSF, ele é uma coisa que vem dando certo, mas que precisa de reajustes. E um dos reajustes seria ter uma unidade básica de pronto atendimento. [...] O que precisa é um apoio aqui dentro, quando a comunidade procura, e eles, e eles lá fora fazendo a retaguarda. (G-PSF)

Nessa unidade, a gerência estabeleceu como norma, em concordância com as equipes, não fazer visitas nas segundas e sextas-feiras, para melhor atender às demandas dos usuários na própria unidade e assim evitar que precisem procurar atendimento nos finais de semana em outras unidades de saúde.

- ☐ *Percebi que havia intenção dos membros da equipe em fazer as visitas, mas houve diversos impedimentos, como elevada demanda na unidade, outras*

solicitações da gerência e ocorrência de chuvas. As visitas acompanhadas foram feitas em algumas horas no período de trabalho e algumas vezes tive a impressão que estavam fazendo as visitas para atender a minha solicitação, apesar de colocar claramente que não precisavam alterar sua rotina de trabalho (Registro de observação, PSF 4)

Esse campo possibilitou conhecer um dilema freqüente nos serviços de atenção primária: fazer os atendimentos à demanda espontânea *versus* trabalhar com um agendamento programado e com dias de visita pré-estabelecidos.

O Ponto de Apoio é uma casa localizada na área de abrangência da equipe, e por isso em proximidade às microáreas, otimizando o tempo por reduzir o percurso dos ACS. O enfermeiro se reúne com os agentes cerca de três vezes na semana. Todas as segundas-feiras de manhã o gerente faz uma reunião com todos os ACS das quatro equipes.

O conhecimento da dinâmica de trabalho da equipe estudada evidencia algumas tensões relativas ao perfil dos atendimentos da unidade e os critérios para as visitas, mostrando como a organização do trabalho interna à unidade repercute no elevado número de usuários que se dirigem à UBSF e revelando a necessidade de repensar vários aspectos da dinâmica de trabalho, como distribuição do tempo, número de profissionais, seleção de prioridades, acolhimento da demanda espontânea e intersetorialidade.

7.2.6 EQUIPE PSF 6

A equipe PSF 6 está lotada em uma Unidade de Saúde da Família localizada em um bairro que dista 11 km da área central da cidade. Nessa unidade

funcionam três equipes de PSF, sendo que a população adscrita da equipe analisada é de aproximadamente 3 700 pessoas, que residem em média a 5 km de distância, o que repercute em dificuldades de acesso da população à unidade, já que não se dispõe de conexão direta por ônibus.

Segundo os profissionais e usuários entrevistados, a maioria dos moradores tem nível socioeconômico baixo, exercendo trabalhos informais (domésticas, diaristas, serviços gerais).

Uma parte da área de abrangência localiza-se em região de nascente de rio, na qual os lençóis de água são bastante superficiais, conforme relato de um ACS:

O nosso bairro, ele foi aprovado em cima de uma nascente de um rio. Não era pra ser loteado ali. Então, o que acontece? Quando chove, mês de chuva, que vai de setembro até março, começa a minar água nas casas. Então ali não tem condições de fazer fossa e a gente vem lutando há muito tempo pra que tenha esgoto ali. Não tem condições de fossa, porque se fura 50 centímetros, já dá água. Então é muito difícil; o principal problema de lá é esse aí. [...] No lugar da fossa e logo a gente que tem que estar falando de promoção à saúde. O bairro não tem estrutura nenhuma. [...] Esse é o maior problema do bairro. [...] Até tinha uma favela lá, que entrava água dentro das casas dos moradores. E lá, porque eles não faziam fossa, até nós lutamos pra que as pessoas fossem removidos. Foram removidas 14 famílias dali, da onde é nascente mesmo. (ACS-PSF)

A violência é outro problema mencionado pelos agentes e pelo técnico de enfermagem.

- *Nesta equipe o enfermeiro tem vários cadernos com anotações e registros fotográficos relativos ao trabalho e às pessoas. Ele também me mostrou um relatório que ele mesmo elaborou com dados de sua microárea. Eis alguns dados: pouca pavimentação asfáltica, o que dificulta o acesso aos carros e transporte coletivo, pontos de tráfico de drogas, policiamento insuficiente, criação de animais não permitidos, que requer ação da Vigilância Sanitária,*

difícil drenagem das águas pluviais, devido às características da região, na qual existe uma nascente do córrego [nome do córrego], prejudicando o deslocamento da população e ocasionando o transbordamento precoce das fossas. (Registro de observação, PSF 6)

Os ACS dessa equipe cumprem uma escala mensal de acolhimento na unidade, que segundo um agente é um aspecto muito positivo e favorável para o trabalho:

E muitas vezes uma palavra amiga também vale muito, porque quando eles avistam o ACS lá no posto de saúde, eles ficam com o sorriso aqui, porque sabe que pode contar, que sabe que pode ir lá e resolver seu problema. [...] Fazemos acolhimento, e quando nós não estamos na unidade, que estamos no campo trabalhando e eles vão na unidade e são mal recebidos, eles reclamam também. A maioria só quer uma palavra amiga. (ACS-PSF)

Devido à distância entre a UBSF e as microáreas, os ACS se reúnem somente na UBSF três vezes por semana, de manhã. Esse arranjo é bem aceito pelos agentes, pois lhes permite dispor de mais tempo.

Quanto à inserção das visitas domiciliares na dinâmica de trabalho, a médica relata sobre o planejamento.:

Eu faço atendimento aqui mesmo na unidade no período da manhã, ambulatório. [...] Na segunda-feira, a gente atende mais os hipertensos. Terça, quarta e quinta, demanda livre. Sexta-feira, gestante e demanda livre também. No período da tarde, temos feito três grupos de puericultura mensais. Temos um grupo de hipertensos de dois em dois meses, e dois grupos de planejamento familiar e as visitas domiciliares. [...] Porque é assim: primeiro nós fazemos o planejamento mensal, marcamos os grupos, e os dias que sobram, quando não tem curso, nós fazemos as visitas. (M-PSF)

Observa-se que as visitas do médico estão previstas na programação mensal, mas sem estabelecimento de dias fixos.

Nessa equipe, os técnicos de enfermagem têm uma agenda específica para visitas, diferentemente das outras equipes pesquisadas.

Sobre as visitas dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, o gerente explica:

Eu peço a eles [os enfermeiros das equipes de PSF]: “Olha, vamos fazer um planejamento porque eu preciso de um enfermeiro na unidade”. Então é um momento até bom, e falo: “Como é que vocês vão? Que semana que você vai? Olha, você vai estar de manhã; então quem é que vai estar à tarde na unidade? Você já fez suas visitas?”. (G-PSF)

Dessa forma, os dias reservados às visitas de enfermeiros e de técnicos de enfermagem são planejados conjuntamente pelos enfermeiros e gerente, porém com o cuidado de que um enfermeiro na unidade e técnicos de enfermagem sempre permaneçam nos respectivos setores:

Na unidade é assim: nós temos uma escala de enfermagem. Geralmente eu fico na sala da vacina e também ajudo em qualquer setor. [...] E a gente faz visita domiciliar de 15 em 15 dias. Quer dizer, a gente ficava com 15 dias pra visita. Agora foi estipulado uma semana só. (TE-PSF)

Agora mudou um pouco, porque agora só tem uma semana de visita. Antes eram 40, agora são 20 visitas. De manhã a gente fica atendendo os pacientes aqui na sala, que são incluídos nos programas, retorno, orientação. Cadastramos nos programas [...]. É retorno médico, é encaixe, medição de pressão, cadastrar paciente, injeção, curativo. E uma semana só pra visita, período da tarde. [...] Sempre tem que fazer esse arranjo aí: se a visita é de manhã, o outro vem. Ele faz ou fica pra quando voltar; então não pode desestruturar o atendimento, tem que ter funcionário aqui pra manter o serviço. (TE-PSF)

Observamos que nessa equipe considera-se que os profissionais de enfermagem já tenham seus dias previstos mensalmente para as visitas domiciliares, de forma mais independente. O gerente complementa que supervisiona

essa escala, com o intuito de controlar as saídas da unidade e o cumprimento de horário das visitas, e também para acompanhar os resultados desse trabalho:

Tem que ser bem planejado isso aí; bem. Estamos estudando outro meio pra ver, eu falo daquela escala mensal, até pra eu controlar, pra saber quem vai. [...] Se não foi, eu quero saber por que não foi — troca ou me fala —, pra não ter aquele vôo [referindo-se à ausência no trabalho]. [...] Eu olho tudo. Eu olho toda a justificativa: se não, porque não fez. (G-PSF)

A atuação dessa equipe tem sido notável no que diz respeito a seu envolvimento com a realidade dos moradores, suas dificuldades e as formas de apoio e encaminhamentos, inclusive com ações intersetoriais com que se busca aperfeiçoar a infra-estrutura e trazer melhorias à habitação e às condições de renda.

- *O enfermeiro me mostrou um caderno com os dados de todas as famílias e descrição das condições da casa, como presença de vaso sanitário, chuveiro, pia e tanque. Com esta relação foi possível elaborar um projeto para o Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares, visando a implantação de módulos sanitários. Além disso, com apoio de voluntários organiza oficinas de confecção de enxoval para o bebê com as gestantes e campeonato de futebol para os jovens, entre outros. Estes trabalhos são muito valorizados pelas pessoas da comunidade e do Distrito Sanitário. (Registro de observação, PSF 6)*

Durante o período de observação, o enfermeiro foi remanejado para o cargo de gerente de unidade, embora ainda exercendo a função de enfermeiro até a chegada de um substituto, o que dificultava a realização de visitas domiciliares.

A análise da dinâmica de trabalho, principalmente quando o profissional acumula duas funções, como de gerente e assistente social ou de gerente e enfermeira, evidencia o conflito de lidar com as múltiplas atividades previstas no PSF em diferentes espaços, ou seja, na unidade e em atividades extramuros.

7.3 REFLEXÕES SOBRE A INSERÇÃO DA VISITA NA DINÂMICA DE TRABALHO

Foram descritas três diferentes inserções da visita domiciliar do enfermeiro supervisor do PACS nas dinâmicas de trabalho da UBS. Na primeira existe uma agenda semanal que prevê quatro meios períodos para a visita domiciliar do enfermeiro, porém este admite a impossibilidade de seguir tal agendamento, devido ao surgimento de outras atividades mais urgentes. Assim, na medida do possível, o enfermeiro se reorganiza e faz as visitas. Recebe solicitações de visitas dos ACS, com os quais se encontra diariamente no Ponto de Apoio, e do Distrito Sanitário. A visita domiciliar constitui presumidamente uma das atividades em um rol de atribuições estabelecidas para o enfermeiro.

Na segunda situação, o enfermeiro encontra os agentes de saúde duas vezes ao dia no início dos meios períodos na UBS e assim pode atendê-los de imediato e fazer os encaminhamentos necessários, o que é facilitado pela proximidade com os recursos da unidade, como agendamento, materiais e telefone, e também devido a sua posição de gerente. Isso confere agilidade e dinamismo à atuação, pois os ACS acompanham os encaminhamentos das demandas e recebem *feedback*, o que repercute positivamente em seu trabalho. Além disso, o enfermeiro é informado continuamente sobre os acontecimentos relativos às microáreas e faz as intercessões com a dinâmica da unidade, além de programar meio período de visita domiciliar por semana. Nessa equipe o trabalho dos ACS complementa e norteia o trabalho do enfermeiro, provavelmente devido à proximidade com a unidade.

Na terceira situação, destaca-se a proximidade entre o enfermeiro e os ACS no Ponto de Apoio e durante as atividades grupais no centro comunitário, nas casas e nas creches. O enfermeiro programa três meios períodos na agenda semanal na unidade para inclusão e resolução das demandas trazidas pelos ACS e três meios períodos para as visitas domiciliares.

Dentre as equipes de Saúde da Família pesquisadas, observamos que na equipe PSF 2 a visita domiciliar é feita diariamente e todos os profissionais entrevistados a realizam. Trata-se de uma atividade que por vezes pode substituir o atendimento feito na unidade. Um aspecto externo à prática propriamente dita, mas relacionado com as visitas, são as péssimas condições das ruas e a precariedade das instalações físicas da unidade, o que leva a equipe a preferir realizar as atividades extramuros. Na equipe PSF 4, os profissionais e a gerência enfatizam a necessidade de atender à alta demanda espontânea na unidade, a qual interfere na disponibilidade de horários para as visitas. A gerência dessa unidade faz um planejamento conjunto dos dias de visitas de todas as equipes ali lotadas. No entanto, durante a observação verificamos que esse planejamento não é seguido, principalmente em razão do elevado número de usuários que procuram a UBSF, das urgências clínicas e de demandas administrativas (relatórios) e prioridades da gerência, que acabam por ter precedência sobre as visitas domiciliares.

Na equipe PSF 6, os profissionais têm bom conhecimento das características da região e desenvolvem várias ações intersetoriais. Mensalmente é feito o planejamento do trabalho e cada profissional recebe sua escala de dias para visitas, que é cumprida com algumas adaptações, conforme o movimento na unidade, a disponibilidade da equipe e as solicitações mais urgentes.

A partir das descrições das dinâmicas de trabalho das equipes e da inserção das visitas domiciliares em seu cotidiano, identificamos algumas características que podem favorecer ou interferir na realização e nas configurações das visitas domiciliares.

A primeira diz respeito à distância e às condições físicas das vias públicas entre a unidade de saúde e a área, facilitando ou prejudicando o acesso dos usuários à UBS. A visita domiciliar poderia ser um fator de aproximação, suprimindo a distância e as desfavoráveis condições de acesso à unidade (ruas precárias, dificuldades no transporte coletivo e falta de dinheiro para transporte) e de certa forma funcionar como uma extensão da UBS. Por outro lado, a distância e as condições físicas das vias públicas podem também ser um empecilho para que os profissionais empreendam as visitas e para que os usuários possam frequentar a unidade.

A segunda característica são as condições de acessibilidade das unidades básicas de saúde, pois sendo estas a porta de entrada do sistema de saúde, favorecem ou não o primeiro contato — atributo essencial da atenção primária. A proximidade da equipe aos moradores poderia garantir uma atenção diferenciada, atender a um maior número de necessidades e eventualmente filtrar o acesso aos demais níveis (Starfield, 2002). A UBS funciona como referência para o trabalho realizado nas visitas domiciliares, pois nestas são repassadas informações sobre a UBS e os ACS fazem os encaminhamentos para esse local, que oferece ou não respaldo para suas atividades. Nesse sentido, quanto maior a integração entre UBS e agentes visitantes, melhor a dinâmica das visitas.

A terceira característica é a disponibilidade de área física adequada para os atendimentos na unidade. Em certos casos há falta de salas para os atendimentos, as salas de espera são inadequadas e falta espaço para procedimentos como curativos extensos ou colocação de sondas vesicais e atividades com grupos. Tais carências levam a equipe a optar por realizar os procedimentos nas residências, utilizando para isso a visita domiciliar.

A quarta característica é a integração entre o agente e o enfermeiro supervisor, influenciando ou não a agilidade e resolutividade dos encaminhados trazidos pelos ACS, já que este é o profissional que faz solicitações de visitas. Quando o contato do enfermeiro com os agentes é mais próximo e contínuo e as solicitações de visitas são prontamente encaminhadas, ou quando se procede a uma triagem e posteriormente é fornecido um *feedback* aos agentes para avaliação do trabalho realizado, há maior valorização das visitas dos ACS. Tal proximidade é dependente da localização dos Pontos de Apoio e da infra-estrutura (disponibilidade de telefone, computadores, material de escritório) e de qualidade da relação (supervisão, avaliação e capacitação) dos integrantes da equipe, pois quando o agente conhece a forma do encaminhamento e a resolutividade possível para cada situação, fica mais motivado e instrumentalizado a buscar novas demandas a serem encaminhadas. Dessa forma, se amplia a capacidade de leitura de necessidades e a confiança que transmite ao morador ao acolher novas demandas.

A quinta característica é o perfil da demanda e dos atendimentos na unidade, pois o volume e o perfil da demanda influenciam a disponibilidade de tempo para as visitas e a forma como a população reconhece e reitera o atendimento realizado. Portanto, a escolha e priorização dos casos que serão atendidos na unidade como demanda espontânea ou agendamento de problemas prioritários

(gestação, hipertensão arterial e diabetes) compõem a organização tecnológica do trabalho. Nesse sentido, uma unidade que estrutura e prioriza todo o seu trabalho (os profissionais, o agendamentos a disposição das salas e os horários) para as demandas clínicas em formato de atendimentos individuais poderá ficar envolvida de forma ilimitada com esse tipo de atendimento, que tenderá a ser reiterado como demanda pela população. Em contraposição, uma equipe que procura conhecer o perfil epidemiológico de sua população, suas características sociais e aspectos de vulnerabilidade poderá estruturar seu trabalho considerando o saber epidemiológico associado aos saberes da sociologia, antropologia e psicologia e organizar atividades multidisciplinares cuja lógica não se apóie exclusivamente no saber biomédico, enfatizando também as dimensões de prevenção e promoção de saúde.

A sexta característica diz respeito ao planejamento do trabalho e conseqüentemente à inclusão das visitas domiciliares no agendamento semanal e mensal. A não-inclusão ou até mesmo a rigidez no agendamento das visitas podem constituir fatores que dificultam sua realização ou a reduzem a meros procedimentos esvaziados de conteúdo técnico e reflexão sobre sua finalidade (sentido tecnológico). No entanto, quando há planejamento das ações de diagnóstico e das intervenções, a visita é reconhecida como um importante instrumento de trabalho.

Por último, mencione-se a quantidade de profissionais e sua formação em conformidade com o desempenho das atividades previstas, pois são preconizadas muitas atividades na unidade e fora dela, sem previsão para substituições de férias ou de licenças dos profissionais, o que repercute consideravelmente na disponibilidade de tempo dos profissionais para as saídas da unidade e realização das visitas.

O conjunto dessas características da organização do trabalho evidencia seu imbricamento e suas influências na prática das visitas domiciliares. O próximo capítulo focaliza o olhar sobre as situações em que há indicação de visitas domiciliares.

CAPÍTULO 8

O QUE ANTECEDE A VISITA: CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES

Tendo como premissa que as ações na atenção básica são interdependentes, procuramos neste estudo identificar, a partir dos depoimentos dos entrevistados e das observações da prática diária, as situações que levam a visita domiciliar a ser solicitada e os critérios para que ela se efetive. Além dos ACS, cujas atividades serão descritas separadamente, os enfermeiros e eventualmente os gerentes das equipes do PACS também fazem visitas domiciliares. Já nas equipes de Saúde da Família, todos os profissionais da equipe (técnico de enfermagem, médico, odontólogo e enfermeiro) a realizam, incluindo gerentes e assistente sociais. Portanto, faremos a análise desse processo separadamente, por tipo de modelo de atenção.

8.1 NAS EQUIPES DO PACS

As solicitações de visitas domiciliares feitas aos enfermeiros podem seguir diferentes fluxos: o primeiro é constituído pelos pedidos encaminhados pelo Distrito Sanitário da SESA; o segundo, e mais importante pelas solicitações feitas pelos ACS ou mesmo pelos usuários, as quais podem ser encaminhadas ao gerente da unidade ou diretamente ao enfermeiro.

Uma enfermeira expõe:

Fluxo, normalmente, dessas visitas, ela é provocada. Tem dois locais, dois fluxos. Um vem do agente, que é o principal. O agente foi lá na casa e

verifica que fulano, o Sr. João, ele fez uma..., vamos colocar exemplo: aquela amputação. Foi lá e verificou que ele saiu do hospital, o que ele está precisando. Ele já fez uma solicitação pro agente. Fala: “Olha, eu preciso, eu quero. Como que tem que fazer?”. Daí o agente, provocado pelo paciente, ele faz o relato e me passa. Através do relato, que eu sempre peço por escrito, porque é uma forma de eu me organizar, priorizar e depois, muitas vezes eu escrevo a resposta, alguma coisa assim, eu devolvo pra ele. (E-45-PACS)

Um gerente reitera que é o ACS que detecta a necessidade da visita e que faz o encaminhamento ao enfermeiro:

O funcionário, ele quem detecta o problema, é o agente de saúde. Então ele chega pro seu enfermeiro, pro chefe da sua equipe: “Olha, nós temos um cadeirante em tal lugar assim e assim e que se locomove de cadeira de rodas, que está precisando de visita”. Aí lá vai o enfermeiro. (G-6-PACS)

Observamos que o ACS muitas vezes é solicitado para ver e acompanhar pacientes em condições clínicas complexas, como as de agudização de doenças crônicas, malformações congênitas ou pacientes egressos de hospitais. A responsabilidade de agenciar a continuidade do cuidado é repassada pela população ao ACS, que não tem condições técnicas de avaliação ou encaminhamento do caso, mas de certa forma e em diferentes graus sente-se responsável.

Quanto aos motivos das solicitações oriundas do Distrito Sanitário da SESA, os enfermeiros explicam:

Nós temos algumas modalidades de visita que eu faço. Eu faço visita de investigação epidemiológica, quando o Distrito Sanitário me manda uma CI [comunicação interna] informando um paciente que eu não conhecia que foi atendido em hospitais ou 24 Horas [Unidade de Pronto Atendimento]. Eu não conheço esse paciente, eles me mandam pra fazer uma investigação epidemiológica, tuberculose, leishmaniose, hepatite. [...] Também existem as visitas pra investigar óbito de mulher em idade fértil, [...]. Tudo pra

solucionar o caso e fechar o caso. Existe visita que eu vou porque crianças nascem abaixo do peso; daí eu vou e faço o primeiro contato com a família. (E-9-PACS)

Caso de leishmaniose. Eu faço o relato da visita de vigilância. Eu faço a visita de vigilância mesmo: verifico foco, se o foco é ali, verifico vizinhança. Pode ser, faço orientação em relação a tudo. Caso de hepatite, [tipo] A principalmente, eu vou. Hepatite B também. Toxoplasmose, aqui já teve caso. A gente faz essa visita. No caso de hepatite A, eu solicito a visita da vigilância também. (E-45-PACS)

Muitas solicitações de visitas do Distrito Sanitário têm o propósito de cumprir uma etapa da investigação epidemiológica para estudos sobre os perfis de morbimortalidade. O Ministério da Saúde (Brasil, 2002e) recomenda aos Comitês de Prevenção à Mortalidade Materna a realização da visita domiciliar como relevante fonte de informação para investigação e avaliação dos fatores envolvidos na morte materna (Mauad *et al.*, 2003).

Os motivos das solicitações de visitas dos usuários ao gerente da UBS foram a presença de cadeirantes ou de acamados, a vacinação de idosos e eventos que também são encaminhados à Vigilância Sanitária, como problemas com água ou com animais:

Nós temos no [nome do bairro] um acamado: esclerose múltipla. Nós temos enfartado que não pode andar. Nós temos vários cadeirantes por acidentes, arma de fogo, acidente de carro mesmo, casos que ficaram paráliticos temporário. Temos aquele paciente que, conforme a doença vai evoluindo, vai perdendo as forças, não anda mais, quase não sai da casa, trocando a sonda. (G-6-PACS)

Tais solicitações de usuários são predominantemente demandas clínicas. Por outro lado, em alguns casos a solicitação da visita domiciliar reforça a dificuldade de acesso às unidades e a falta de inclusão, aos menos dos cadeirantes. O discurso acaba sendo conformista, no sentido de não estimular a inclusão.

Outras situações que requerem visitas, segundo relatado pelos enfermeiros e gerentes, são as solicitações de materiais:

Uma situação quando o paciente está acamado por um acidente, por algum motivo que ele precisa de medicamento, se ele precisa de alguma coisa da unidade — vamos supor, materiais. Ele precisa de gases, de sonda, de qualquer coisa. Então eu dou aquele primeiro que ele precisa. Às vezes está na receita médica, às vezes não está. A gente pergunta o que que é. Se a enfermeira está, ela já passa aquela pessoa pra ela. Se não está, pega o endereço, telefone e orienta: “Olha, a gente vai te dar esse tanto, mas o enfermeiro vai lá pra orientar como que faz o curativo e ele que vai determinar a quantidade de materiais que vai ser utilizado”. (G-53-PACS)

O paciente vem na unidade — vamos supor, curativo — e é o que normalmente a gente tem que fazer visita pra avaliar se o paciente... Vamos supor, paciente acamado: vem aqui, fala pra [nome do gerente]: “Olha, eu tenho o meu pai, está acamado por causa disso, fazer curativo”. Eu não vou lá fazer o curativo todos os dias, a necessidade; eu vou orientar o curativo. (E-45-PACS)

Nessas situações, a necessidade expressa pelo paciente e seus familiares é de materiais. Em resposta, os profissionais acolhem a solicitação e inserem uma abordagem educativa e assistencial, cuja finalidade é ensinar o cuidador a realizar o curativo. Percebemos que as visitas a pessoas acamadas com necessidade de materiais são bastante freqüentes em todas as equipes observadas. O enfermeiro cita várias situações em que regularmente realiza visitas levando materiais (visita *delivery*):

Fazemos uma visita técnica do enfermeiro, que é o caso da sonda, ver uso de material, e fazemos esse relato e encaminhamos pro serviço de enfermagem já com o pedido pro almoxarifado solicitando esse material. [...] já tem aqueles pacientes mais antigos que eu já faço acompanhamento, que eu sei da situação que precisa do material: estou todo mês, duas vezes por mês, apareço lá pra fazer uma manutenção pra ver como está. (E-9-PACS)

Existe também a visita do paciente que eu já tenho, que eu forneço sonda, gaze pra curativo; diabéticos que não podem vir à unidade, levo seringa, vou fazer curativo. [...] Tem pacientes que visitamos mais de uma vez no mês, pacientes com tuberculose; a gente vai mais de uma vez no mês na casa deles fazer acompanhamento e tudo. Vamos lá entregar cesta básica e a gente acaba indo mais que uma vez. (E-9-PACS)

A disponibilização de materiais para o cuidado domiciliar é fundamental, pois repercute em uma melhor recuperação e em apoio para as famílias. No entanto, quando as solicitações dessa natureza são muitas, e por inexistir um apoio administrativo para o controle das solicitações, entregas, armazenamento e transporte, há o risco de que a visita domiciliar do enfermeiro se reduza à entrega dos materiais nas residências. Esses materiais poderiam ser retirados por cuidadores na própria UBS, após serem orientados sobre seu uso.

O enfermeiro também descreve como é seu acompanhamento no caso de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial:

Às vezes faz glicemia pós-prandial, pra ver como está o acompanhamento, e verifica pressão e domicílio pra ver como está. (E-9-PACS)

Situações como a de coleta de material para análise foram citadas por uma enfermeira:

Quando é problema do paciente, e normalmente os acamados têm dificuldade, não tem como levar, sabe? É muito difícil. É mais fácil eu me deslocar lá e fazer a coleta pra ele. [...] outra coisa que eu faço coleta é caso de dengue e o paciente não vem fazer coleta. Ou quando dá positivo no teste do dedinho e tem que fazer a recoleta. [...] Não, eu só faço se realmente não tem como vir. E eu orientei. Vamos supor, eu suspeitei caso de dengue e foi notificado lá não sei aonde; não voltou no dia e tem que ir coletar. Essa paciente já foi avisada duas vezes. Eu vou na casa. Pra coletar mesmo; eu vou com tudo; eu chego lá: “Olha, eu vim pra coletar sangue pra isso, pra aquilo”. (E-45-PACS)

Essa enfermeira destaca que não faz parte de sua rotina coletar sangue no domicílio, mas realiza essa atividade quando o usuário não comparece ou está impossibilitado de se locomover, o que exemplificou com o caso de uma senhora acamada, com esclerose múltipla, que precisou de uma sonda vesical de demora para obtenção de urina de 24 horas.

Outro enfermeiro fala sobre a visita destinada à busca ativa de faltosos de vacinas, visita essa com dupla finalidade, pois é usada para conversar com os responsáveis pelas crianças e avaliar o sistema de registro, já que a criança pode ter recebido os imunobiológicos sem que o registro esteja atualizado:

Outro tipo de visita que eu costumo acompanhar são no final do mês, quando vem a relação dos faltosos de vacina, as crianças que não estão com as vacinas em dia. Tem que voltar e tem que conversar com a mãe, ver se realmente não foi vacinada, porque às vezes foi vacinada e não deram baixa no sistema. Aí vem no relatório como não tivesse. (E-9-PACS)

As solicitações também podem provir do hospital, mas, segundo esse enfermeiro, tal ocorrência é rara, fato que lamenta, pois valoriza bastante essa articulação:

Às vezes, bem raramente, o hospital manda um encaminhamento com relatório. Isso é legal, vêm os papéis da Santa Casa que têm o meu nome. Porque é um trabalho. Quando teve dificuldades quando nasceu, teste do pezinho, triagem neonatal. (E-9-PACS)

- ☐ *Observamos que muitas vezes os ACS e os enfermeiros são chamados para atender pessoas que tiveram alta. São pacientes com doenças em estágio avançado e muitas vezes não se tem informação daquilo que foi feito durante a internação. (Registro de observação, PACS 1)*

Uma enfermeira relata sobre um rapaz que resiste a aceitar o diagnóstico de hepatite C, a quem precisou convencer a procurar tratamento:

Que eu até marquei uma visita hoje, e eu vou ter que ir. O cara está com hepatite C e se recusa. Só que ele dorme até mais tarde, eu falei pra mãe dele que eu ia. [...] Eu já fiz duas visitas a ele, consegui que ele fazer a biópsia e ele rejeita. [...] Aí, eu consegui, ele fez a biópsia, nunca levou o resultado da biópsia pro médico. Então a mãe dele esteve aqui me pedindo pelo amor de Deus, ir lá tentar convencê-lo. (E-23-PACS)

Observa-se nos três depoimentos seguintes, referentes a casos distintos, que os três enfermeiros não dispõem de uma sistematização dos critérios para as visitas. Apesar de se referirem a prioridades, não fica claro quais são elas e nem se são as mesmas entre as diferentes unidades.

Na verdade, na observação constatou-se que as visitas são realizadas a partir de uma composição de critérios e pressões e são baseadas na percepção pessoal do enfermeiro. Ele lida com a pressão do nível central, dos ACS e dos usuários, procurando responder às questões administrativas e de sua equipe no tempo disponível:

Eu faço assim: as prioridades eu anoto, pra eu ir visitando. Porque eu faço as anotações, deixo ali. Então o agente chega e fala, e eu deixo na minha prancheta. (E-23-PACS)

E esses pacientes todos aí que eu já conheço, em cima desse material, que vem pra mim fazer visita, eu faço um agendamento, eu vou pelas prioridades, e na semana procuro estar colocando isso como prioridade pra mim visitar, mas nem sempre eu consigo fazer o que eu planejo. Por conta disso as coisas acontecem muito rápido, e vem muita coisa em nível central pra ontem; aí nós temos que parar tudo pra fazer aquilo, porque tem coisas que daqui dois dias tem que estar lá [no nível superior de onde proveio a solicitação]. (E-9-PACS)

Eu me planejo de um dia pro outro em relação às visitas. Quais visitas? Hoje eu vou fazer visita. Daí, vamos supor, segunda-feira eu já vejo se não acontece alguma coisa. Eu me planejo assim, por caso. Pego, deixo na prancheta e esse eu olho o que mais precisa. Normalmente, bom, esse aqui pode esperar; outro não. E vou realizando e não tem, assim, uma..., como que eu vou te falar... [...] Os que eu tenho que retornar, normalmente eu

anoto na agenda. As sondas estão já planejadas, já tenho os dias na agenda certinho [aponta para o calendário]. (E-45-PACS)

Os enfermeiros anotam lembretes para as visitas de retorno necessárias, principalmente para trocas de sondas nasoenterais e vesicais.

Observamos que no PACS somente o enfermeiro faz a interlocução diária com os agentes que trazem as demandas da população, de forma que este não compartilha obrigatoriamente com outro profissional critérios para a seleção de prioridades para a realização das visitas e para definição das atividades que serão nelas desenvolvidas. Concluimos que ainda é incipiente entre os enfermeiros do PACS a sistematização das indicações e critérios para a realização visitas.

Uma importante atribuição para os enfermeiros do PACS é a visita de supervisão, atividade que recebeu influência da junção com o PNCD e foi incorporada ao trabalho do PACS.

Uma enfermeira explica como são as visitas de supervisão direta dos ACS:

Algumas vezes eu faço supervisão direta. Eu falo: “Hoje eu vou andar com você”. Aí, ou eles escolhem os pacientes que eles vão me levar — como aquele dia, a [nome da agente] me direcionou — ou eu vou acompanhar a rotina deles. Então eu ando com eles vendo tudo, consertando, interfiro muito, porque esquecem das coisas e eu vou falar: “Você já viu a vacina? Falou sobre diabetes? Tem alguém hipertenso?”. Então eu vou tocando nos assuntos. Então eu faço assim: nos novos, eu saio pra orientar, e às vezes até pra mostrar como é uma visita, o que que ele deve fazer. [...] E lá fora a gente faz os comentários: “Você esqueceu disso e disso, faça isso, está fazendo isso errado, essa informação está errada”. Então essas são as diretas. (E-23-PACS)

Há também visitas que envolvem supervisão indireta dos agentes:

Outro tipo de visita que nós fazemos também é supervisão do trabalho do agente. Aleatoriamente eu escolho um agente, escolho uma residência e

pergunto ao morador se ele conhece o agente, quando o agente veio pela última vez, as orientações que ele dá quanto à saúde da família, quanto ao combate à dengue e à leishmaniose, se ele olha o quintal, para sabermos, termos uma visão como está sendo a qualidade dessa visita aí, o tempo que ela passa na casa. (E-9-PACS)

Observamos que a sistemática das visitas de supervisão é semelhante à descrita pelos coordenadores e supervisores do controle da dengue.

Algumas visitas também se destinam à averiguação de denúncias sobre o trabalho dos ACS:

Que o agente não vai, nunca pisou lá, não sabe quem é, entendeu? Então eu vou lá ver os casos assim. (E-23-PACS)

Para os enfermeiros, o trabalho das visitas depende de uma forte integração com os ACS:

Algumas segundas à tarde eu me encontro com eles onde dou treinamento e passo as minhas informações, tiro dúvidas, a gente negocia o que eles estão precisando pras visitas, que visitas que querem que eu faça, casos de problemas. (E-23-PACS)

Esses depoimentos ilustram parcialmente a variedade de motivos que levam os enfermeiros do PACS a fazer visitas, cujo caráter varia desde a investigação epidemiológica de doenças e a ampliação de cobertura vacinal até a realização de diferentes procedimentos de enfermagem, tipicamente de cunho mais clínico-assistencial, além de visitas de caráter de vigilância epidemiológica. Outro conjunto de visitas que se destaca é o das que decorrem de exigências dos serviços, como a supervisão direta e indireta dos ACS e a entrega de materiais e cestas básicas. Estas últimas, apesar de fundamentais, trazem o risco de reduzir o trabalho do enfermeiro a atividades de entrega de materiais.

Outro aspecto que ressalta nas falas, e que está ligado à seleção das prioridades das visitas, é a ausência de qualquer menção a classificações e sistematizações. Cada profissional relata existirem prioridades, mas seu julgamento é pessoal e varia de acordo com as cobranças administrativas e a sensibilidade e percepção individual.

8.2 NAS EQUIPES DE PSF

Nas equipes de PSF estudadas, as solicitações de visitas domiciliares a serem feitas pelos profissionais de saúde são trazidas pelos ACS, pelos próprios moradores ou por membros da equipe. Os profissionais relatam sobre a utilização do livro de visitas:

A gente tem um livro de visita. Então esse livro é utilizado tanto pra mim como pro médico e pros auxiliares. Por exemplo, o agente passou na casa, ele viu que precisa de uma visita ali ou pra orientação ou pra avaliação de um curativo que precisa ser feito em domicílio, ou um acamado, ou quando criança com vacina atrasada, que às vezes o agente fala, fala, mas precisa de um reforço, então, uma cobrança maior — então normalmente eles colocam nesse livro. (E-34-PSF)

A pessoa que ganhou neném, [...] eu fico sabendo, ponho no livro: pós-parto; pós-operatório; o paciente acamado, por exemplo: como é pouca a população, a gente tenta lembrar de todos os pacientes acamados. (AS-15-PSF)

Tem um livro que a gente passa visita, a gente olha quais são as prioridades, que tem mais necessidade de visitar primeiro, a gente vai visitando aquela que tem mais prioridade. [...] Às vezes sim, por exemplo, se é uma pessoa que algumas meninas [refere-se às ACS] falam que está ruim, que está mal, que precisa ir lá, é mais urgente, do que uma puérpera, um acamado, você conhecendo o paciente já sabe, né? (TE-36-PSF)

Durante os dias de observação vimos como o livro de visitas (livro do tipo destinado a atas, com folhas pautadas e numeradas) da equipe PSF 4 é utilizado. Nele fazem-se registros sobre as visitas, com os seguintes tipos de dados:

— referentes à solicitação:

Data	Quem solicitou	Nome	N.º do prontuário	Endereço (referência)	Motivo

— referentes à realização:

Data	Procedimentos realizados	Quem realizou	Encaminhamentos	Resultados alcançados

Alguns exemplos de motivos, transcritos do livro:

- Seqüelado de derrame, há 9 anos, acamado e desnutrido. Em uso de digoxina 0,25 mg, ¼ comp./dia cedo. Tem escaras. Constan anotações das datas de visita, valores de PA, nomes de outros membros da família.
- Solicitação de troca de sonda vesical.
- Portador de diabetes, hipertensão arterial, dificuldade para andar e solicitação de visita.
- Cirurgia de úlcera perfurada de intestino.
- Sofreu acidente automobilístico, está com sintomas de depressão e precisa de encaminhamento para psicólogo.
- Cirurgia de joelho, necessita de acompanhamento e material de curativo.
- Acamado.
- Hipertensão arterial, não usa a medicação, sofreu derrame, quando faço a visita não compreendo o que ele fala. Tem esposa, só que não pára em casa, pois trabalha. (Livro de visitas, equipe PSF 4)

- ☐ *Esses dados poderiam ser utilizados para avaliação das demandas, do desenvolvimento do trabalho e dos resultados. O registro é o primeiro passo para um trabalho mais crítico e reflexivo. Vale destacar que todos os profissionais consultam o livro. (Registro de observação, PSF 4)*

Uma enfermeira (E-70-PSF) informa que recebe os pedidos de visitas domiciliares anotados nas fichas de encaminhamento dos agentes, sendo depois

registrados nos cadernos de visitas do médico e da enfermeira e também repassados aos técnicos de enfermagem.

Indagada sobre os motivos típicos das visitas, outra enfermeira informa:

Típico: são os acamados, que as orientações praticamente são as mesmas. Acamados não muda muito, ou puérpera também, a não ser quando a criança nasce com um problema. (E-34-PSF)

Segundo os enfermeiros do PSF, são muitos os casos que requerem abordagem clínica, por vezes de complexidade alta, como se pode notar pelos motivos transcritos do livro.

As equipes de PSF também recebem solicitações de visitas provenientes do Distrito, embora em menor número, pois a população que atendem é menor.

Uma enfermeira explana detalhadamente sobre todas as situações que requerem visitas:

Tem prioridades. Nós não vamos dar conta de visitar todo mundo, então vamos ver as prioridades: “Quem nós vamos visitar?”. Fizemos um roteirinho com situação de risco, e o agente sabe identificar uma situação de risco, ele chega e fala: “Está acontecendo isso, aquilo, acho que a senhora ou a doutora [nome da médica] precisam ir lá”. E ela consegue diferenciar também quando precisa da doutora [nome da médica] e quando precisam de mim. Ela vê bem essa questão. Eu tenho um livro de visita, e a gente foi aprendendo isso mesmo. Tinha colocado aqui [mostra o livro e a relação de prioridades de visitas]. “O que você tem que passar para mim?” Uma coisa que eu tenho que ver e posso ver sem precisar da doutora ou, se tem necessidade da médica, aí retorno com ela, ou aquela visita obrigatoriamente tem que ser a doutora. Por exemplo, ele chega na casa, vê que a pessoa está com uma erisipela, tá feia a pessoa, não foi nem no plantão, não cuidou, é um idoso: “Não, doutora, tem que ir lá. A pessoa vai ter que ser medicada”. Às vezes até um hipertenso, essa pessoa está sem a medicação, a pessoa que não tem condições de vir na unidade, precisa ter a receita: “Doutora, vai ter que ir comigo”. Coloquei quando vão solicitar as

minhas visitas: recusas em receber o ACS; a gente tenta fazer um trabalho, porque o ideal seria que o ACS visitar todas as famílias; [...] recém-nascido na primeira semana de vida, você vai ver todas as orientações, a questão do puerpério, da alimentação. Se a gente pega na primeira semana, às vezes consegue ainda manter a amamentação, porque se você deixa para ir na segunda, terceira, você vê já está com a chuquinha, já tá mamadeira, já tem alguma coisa. A gente procura fazer dentro na primeira semana. Saiu da maternidade, a gente procura estar indo. Investigação de óbito infantil, investigação de óbito materno, a gente tem que fazer as investigações. Agora nós estamos fazendo também as investigações de todas as internações; internou da área do PSF, a gente vai lá e faz uma investigação, por que internou. Criança com vacina em atraso, paciente com tuberculose, paciente com hanseníase que abandonou o tratamento, está tendo dificuldade. Geralmente a pessoa começa a tratar e começa a ter dificuldade e some da unidade. O agente, quando está acompanhando mais diretamente, passa pra mim: paciente com hipertensão, diabete, que não adere ao tratamento ou que não vem à unidade; pacientes acamados, gestantes que recusam iniciar o pré-natal ou não vêm na unidade. Igual tem uma na área da [nome da ACS]: faz o pré-natal pela Unimed [plano de saúde privado], que não vem na unidade; como ela mora na nossa área, eu vou ter que ir lá e ver como está o pré-natal dela, mesmo porque a gente sabe que particular eles não pedem a triagem da APAE [triagem materna]. Então eu vou e oriento e ofereço o exame da APAE. (E-17-PSF)

Ela complementa:

E paciente em geral, que não adere, faltosos dos programas, mulher, climatério, DST/AIDS, Programas Criança, a agente identifica: “Tem um adolescente que já iniciou a atividade sexual. Não está se protegendo, não está usando preservativo”. A gente ir, procura conversa e cadastramento familiar. E as situações que eles se identificam no dia-a-dia durante a visita: tem uma casa que todos estão tendo diarreia; geralmente a gente faz a visita, conversa, descobre que é a água. Aí a gente orienta a família: usar filtro, ensinar ter filtro artesanal. (E-17-PSF)

Toda a questão da investigação epidemiológica. Denúncia e vigilância sanitária, por exemplo, a gente atende assim: “Vai lá, o homem está criando porco, os vizinhos estão reclamando, está mau cheiro”. Tem três rinhas de galo na área, o homem tá criando galo, tá reclamando. (E-17-PSF)

- *Eu folhei o livro de visitas da equipe da enfermeira 17. É muito interessante e são feitas muitas anotações dos agentes. Nesta equipe a visita é a mola propulsora do trabalho!*

No livro de visitas consta a seguinte listagem de prioridades para visitas domiciliares:

- *Recusas em receber a visita do ACS.*
- *Recém-nascido na primeira semana de vida.*
- *Investigação de óbito infantil.*
- *Investigação de óbito materno.*
- *Investigação de todas as internações.*
- *Criança com vacina em atraso.*
- *Paciente com tuberculose e hanseníase que abandonou o tratamento.*
- *Paciente com hipertensão, diabetes, que não adere ao tratamento ou que não vem à unidade.*
- *Pacientes acamados.*
- *Gestantes que recusam iniciar o pré-natal ou não vêm na unidade.*
- *Faltosos dos programas, mulher, climatério, DST/AIDS e da criança.*
- *Adolescente que já iniciou atividade sexual e não faz uso de contraceptivo.*
- *Investigação epidemiológica.*
- *Casos de denúncia e vigilância sanitária. (Registro de observação, PSF 2)*

Dentre as prioridades listadas por essa equipe, observamos que há uma composição de situações que requerem visita domiciliar: ações preventivas e de promoção voltadas à população e ações mais clínicas voltadas aos indivíduos.

A assistente social fala que é feito controle do acompanhamento a pacientes que recebem tratamento na unidade, o que permite que, em casos de ausência, se opte pela visita para averiguação dos motivos:

A mãe da criança tal que estava com pneumonia, ou que tinha alguma coisa e não voltou no retorno que a doutora [nome da médica], marcou e não voltou, aí sim eu vou fazer visita pra saber o porquê não voltou, se internou, se piorou. Nesse caso a gente vai. Uma gestante que a gente marcou retorno e não voltou: a gente vê com o agente comunitário e o agente comunitário prioriza; vai lá e traz a resposta. Ou eu, ou [nome da enfermeira], a gente vai fazer a busca ativa: paciente que é hanseniano, tuberculose, que não vem no controle, a gente vai fazer essa busca ativa, essa visita que tem que ser feita. Você ir atrás do paciente porque ele tinha uma história que precisava ter retornado que não retornou; criança de baixo peso que a mãe não veio pegar o leite: por que não veio? Será que internou? Será que está doente? Então a gente tem que ter essa preocupação, até isso a gente tem que ter controle: quem vem na unidade, quem não vem, quem são os pacientes que você tem que estar controlando. Isso a gente tem uma lista, vai fazer um checklist, e falar: “Esse não tá, vamos atrás. Esse não veio, a gente vai atrás”. São essas as preocupações.
(AS-15-PSF)

Os depoimentos indicam que a visita é vista como uma atividade que se presta a averiguar a decisão do paciente de interromper ou não sua frequência à unidade de saúde e buscar trazê-lo de volta e garantir a longitudinalidade da atenção, demonstrando responsabilidade pela população. Além de conhecer e analisar uma decisão do usuário, a atividade poderia também estar voltada à avaliação dos serviços de saúde.

Uma assistente social informa que ao assumir o trabalho na unidade de saúde da família foi orientada a fazer visitas solicitadas pelos ACS:

As visitas domiciliares que acontecem e que eu recebi informações que deveria realizar, é quando o agente de saúde percebe a necessidade aonde ele, na área dele, que ele traz: “Tem problema assim, e assim é importante

você ir lá". Aí eu vou com ele. [...] Me chama mesmo pra ir lá, pra fazer uma visita pra conversar, pra levar uma palavra ou mesmo um encaminhamento pra ver de perto a pessoa que está enferma, ou pra ver uma criança, assim como ela se encontra, às vezes até de maus tratos ou mal cuidada, que não é bem cuidada. Então a gente faz essa visita também com a criança. Crianças, idosos, a gente vai. (AS-63-PSF)

O depoimento mostra que é oportuno haver uma escuta qualificada das situações trazidas pelos agentes e obter posteriormente informações sobre os moradores para proceder a uma avaliação:

Às vezes eu pergunto pros agentes: "Como é que está fulano? A Dona [nome], Dona [nome], melhorou? Pessoa acamada, se ela está sozinha, a filha sai pra trabalhar, ela fica sozinha. Fica perguntando; aí: "Não, ela não melhorou. Quem sabe a gente vai lá e vê como que está a situação". (AS-63-PSF)

As enfermeiras explicam que o processo de decisão das visitas é muito dinâmico, podendo ser necessário retornar mais vezes às residências, ocasiões em que outras necessidades são detectadas. Em alguns casos, as visitas precisam ser periódicas:

Conforme a visita, que você vê o que pode estar abordando na primeira ida, na segunda, por exemplo: paciente fez uma cirurgia, está lá, fez curativo e não tem como vir na unidade ainda. Então vamos lá, fazer uma visita e realizar um curativo. Você vai, conversa com o paciente, vê o que ele trouxe do hospital, se trouxe uma receita, veio alguma prescrição especial como realizar aquele curativo, porque tem médico que dá alta e sabe que aqui é área do PSF, já manda o encaminhamento, faz isso, faz aquilo. A gente retorna que foi encaminhado pra gente e faz o atendimento. Alguma coisa que a gente identifica e já registra, encaminha. Então é uma visita que você já sabe retirar um ponto, fazer curativo. Tem aquela visita do hipertenso, que o paciente está tomando os medicamentos trocados; você vai lá tentar sensibilizar o paciente da importância do tratamento. (E-17-PSF)

Exato. Coloco ali, e na minha agenda também, o dia que eu tenho que trocar [a sonda]. Então eu já me programo pra aquilo. (E-34-PSF)

Ao ler as solicitações, o enfermeiro identifica as necessidades, decide qual é o profissional mais indicado para fazer cada visita e leva em conta como essa atividade se integra no conjunto de ações da atenção básica:

Eu peço sempre pra estar colocando: como a gente acompanha gestante: a gestante ganhou neném, tem a visita do puerpério, do recém-nascido. Então eu procuro agendar a gestante pra consulta também e pra primeira consulta do bebê, [...] eu pego o livro, o doutor [nome do médico] tem os alunos, também pega aquele livro e vê o que dá pra fazer, e vai fazendo assim [...]. Então a gente procura fazer dentro daquilo ali, conforme a disponibilidade e as necessidades do paciente. (E-34-PSF)

A enfermeira coordena também as visitas que podem ser feitas pelas técnicas de enfermagem:

Às vezes é uma visita que eu quero só ir avaliar um paciente com um curativo, uma coisa assim, pra poder liberar material pra curativo domiciliar. Então as técnicas de enfermagem, elas podem tanto estar se dispondo a ir fazer, como pode orientar a família como fazer e liberar esse material pra ele fazer, porque, por elas ficarem na unidade também, não consegue fazer de todo mundo. Então muitas vezes a gente vai, orienta como faz, e eles fazem, eles acabam ajudando a fazer sob nossa supervisão e acompanhamento. (E-34-PSF)

Os profissionais entrevistados reforçam a necessidade do planejamento das visitas em conjunto com toda a equipe:

Nas reuniões feitas na sexta-feira à tarde, a gente aproveita bem o tempo. É o momento que sentamos, a nossa equipe, e vamos avaliar e analisar: como que está a nossa atividade, o que tem dado certo e que não tem dado certo, e discute casos também. Com os agentes também discute casos: “Paciente tal está assim. O que vamos fazer?”. Todo mundo dá idéia, sugestões de como trabalhar com aquilo ou fazer um relatório e mandar pra frente e define aquela visita de rotina. É aquela visita que a gente tem que estar indo todo mês: pacientes que são hipertensos, diabéticos que têm dificuldade de vir ao posto, pacientes acamados — é o caso da [nome de paciente acamada, com seqüela de traumatismo cranioencefálico]. Então constantemente tem que estar dando uma passadinha. Fora esses casos,

tem os que os agentes estão trazendo constantemente; a gente avalia na reunião de sexta-feira à tarde, relata, avalia como foi aquela visita, assim, foi a [nome da médica] ou as meninas [técnicas de enfermagem], e a gente troca informações: “O paciente está assim, assado”. (E-17-PSF)

Não, o importante é esse momento, entendeu? De sentar e planejar quem vai, aonde e quando, e pôr prioridade da visita ali, a necessidade. (E-70-PSF)

Então às vezes eu falo: “Doutora, o paciente tal não tem mais ido lá? Como que está?”. A aí ela fala: “Vou lá”. Não é uma cobrança; é uma discussão de tal paciente que a gente lembra. Nunca mais ouvi falar do Sr. [nome]. É um paciente diabético. A [nome da enfermeira] foi lá de manhã. A gente faz planejamento mensal das atividades; ali a gente já determina umas tardes de visitas, porque não é toda tarde. A gente determina, programa visita naquelas tardes ali e tem aqueles pacientes que tem que ir todo mês. (AS-15-PSF)

Um tipo de visita também citado, principalmente em áreas do PSF, é aquela voltada a conferir se o morador reside em determinado local, e tem como finalidade restringir a demanda à unidade:

Conforme o que as pessoas relatam aqui, a gente vai ainda na casa, porque acontece muito: “Eu moro em tal lugar, não sei o quê”. Você vai verificar e não é na área. (E-17-PSF)

Outras situações que sugerem a necessidade de visitas são informadas pelos colegas que fazem plantões nas unidades de pronto atendimento:

Mas, como a gente é plantonista, a maioria vê o paciente à noite no plantão. E aí elas falam: “Sabe quem tava lá, no plantão da noite? Fulano de tal não estava bem”. Aí você já antena e vai na casa dele. Então acontece isso. (M-19-PSF)

Além da importância da troca de informações sobre as visitas, uma das enfermeiras reforça os aspectos positivos de a visita ser feita conjuntamente, por beneficiar o paciente e constituir oportunidade de aprendizado para o ACS que detectou a necessidade da visita:

Exatamente. Muitas vezes eu vou lá e falo: “Aquele caso não é bem como você passou. O paciente tem que fazer isso, isso”. Então eu acho importante quando ele [referindo-se ao ACS] está presente, porque ele consegue absorver as informações na hora real. Na verdade, o livro é para a equipe. (E-34-PSF)

Destaca, porém, que não há necessidade de deslocamento de toda a equipe:

Hoje, não. Se precisar ir eu e o médico, a gente vai, mas não é obrigatório mais. Se precisar ir auxiliar com o médico, vai junto. Vai depender da disponibilidade dele. Normalmente eu vou lá. Por exemplo, eu achei que precisa de uma visita do médico, eu vou lá e depois venho, passo pra ele [refere-se ao médico] e ele vai ver o problema. Muitas vezes tem a parte de supervisão do agente comunitário; então tem visita que eu quero que o agente esteja junto, e ele também sente essa necessidade, justamente pra estar acompanhando o paciente depois, pra ver se está seguindo as orientações e ver o que foi falado, pra ele poder depois acompanhar. Eu acho importante muitas vezes ele estar junto pra ele estar dando retorno pra gente. (E-34-PSF)

Sobre as visitas dos técnicos de enfermagem, um profissional relata:

É de acordo com a necessidade. O agente de saúde vem pra gente e fala, porque ele é o maior visitador, ele está todos os dias na casa do paciente. Então ele chega até nós e diz que tem um paciente que necessita de uma visita; aí a gente programa a visita. Ele fala se tem um paciente passando mal ou fez uma cirurgia e precisa de uma visita de vocês pra amanhã. Às vezes, nem sempre é possível; já tem uma programação. (TE-35-PSF)

Indagados sobre as visitas mais típicas, os técnicos de enfermagem responderam:

Visita dos acamados, que eu costumo fazer a visita, que é a visita de rotina pra verificar a pressão, ver o estado da pessoa. (TE-35-PSF)

Então: uma visita típica, comum, é curativo. (TE-56-PSF)

Algumas visitas prestam-se a propiciar uma avaliação que permita identificar o profissional necessário:

Dependendo, tem dia que vai eu e a [nome de outra técnica de enfermagem]. A gente vai lá, olha e chega aqui, passa: “[Nome] precisa de você ou o doutor [nome do médico] ir lá. O paciente está sentindo isso, necessita isso, aquilo”. A gente faz uma avaliação, passa pra eles, aí vai a [nome da enfermeira], o [nome do médico] e mais uma e as estagiárias [alunas de medicina] estão aí. Aí vão juntos. (TE-36-PSF)

A médica explica que existe uma programação mensal de visitas para pacientes que recebem acompanhamento mensal:

Algumas visitas, elas já estão programadas, que são pacientes, que nós temos a relação das visitas. Ele recebe mesmo essa visita mensal. Como o idoso e o hipertenso que não podem vir até a unidade, que recebe a visita todo mês. (M-67-PSF)

Um caso típico, assim, paciente acamado, que já tem um problema crônico: há anos que a gente acompanha, tem que estar indo na casa, visita de rotina e às vezes, quando tem alguma alteração, a gente é chamado também, a família vem, pede uma nova visita. Muitas vezes o paciente é referenciado para o hospital, volta, a gente continua dando assistência. (M-67-PSF)

Nas três equipes de PSF estudadas, observamos o enfermeiro coordenar todo o processo de entrada da solicitação, registro e definição do profissional que deverá fazer a visita. É um processo dinâmico, pois envolve a participação de todos os profissionais, e a decisão quanto à escolha do profissional mais adequado a cada caso é baseada em critérios da equipe. Observamos que a integração da equipe, evidenciada pela articulação das ações e interação dos agentes, é fundamental para a realização das visitas. Além disso, os critérios para definir quais os profissionais que serão escalados (e se apenas um ou mais de um) dependem de um adequado conhecimento do que cada um sabe e pode fazer, e de como se sente respaldado

pela equipe. Tais critérios foram construídos pela equipe no decorrer do trabalho e os instrumentos são as reuniões, os impressos de pedidos e sua leitura.

8.3 REFLEXÕES SOBRE OS CRITÉRIOS PARA AS VISITAS

Observamos também situações em que não houve integração da equipe, de forma que ocorreram situações que evidenciam as tensões e divergências presentes.

Os depoimentos dos médicos a seguir incluem alguns questionamentos sobre as razões para a visita e os profissionais escalados para realizá-las. Um dos médicos fala das limitações das solicitações de visitas domiciliares feitas por ACS:

Muitas das vezes, as visitas, como são marcadas e direcionadas pelos ACS. Elas são às vezes mais valorizadas pela insistência com que aquela comunidade, aquela pessoa cobra visita da equipe, do que por qualquer outro critério, seja ele epidemiológico, seja ele da dificuldade que o paciente tem de locomover, seja ele pela distância que o PSF fica das casas — algumas das casas nossas, aqui, estão quase uns três quilômetros. Então, no nosso entender seria isso: o paciente com dificuldade pra locomoção, fora do critério de controle, aqueles que estão no programa, recebendo orientação de dieta, de condição de vida, de medicamento; as doenças de notificação, as doenças infecciosas. (M-42-PSF)

Segundo a opinião do médico, os motivos das solicitações estão mais relacionados com a insistência de moradores que desejam a visita do médico:

De maneira semelhante, a família solicita por n motivos. É uma solicitação de cunho de ordem pessoal. Eles vêm aqui e solicitam [...]. Aqueles pacientes que às vezes a família vem solicitar, e que nem sempre procede numa questão de urgência ou de condições de vida que justifiquem essa ação, ou seja, que justifiquem essa visita. Às vezes a gente se depara com casos que não haveria a necessidade. (M-42-PSF)

A gerente frisa a necessidade de critérios para que as visitas não prejudiquem as ações realizadas na unidade:

Que há necessidade, sim, da visita, mas não precisa ser indiscriminado, do jeito que era. Você às vezes é mais útil aqui na unidade, dando atenção, dando assistência aqui, do que lá, fazendo visita só por número. [...] Hoje eu enxergo melhor; na época, eu não. (G-70-PSF)

Um dos médicos explica que existem conflitos e que há dilema em conciliar as atividades da unidade com as saídas para visitas:

Mas em função da demanda do grande número de pacientes que aportam cada vez, sobrecarregam mais as ações dos programas, essas visitas estão sendo privilegiadas somente aquelas mais urgentes, ou seja, aqueles pacientes acamados, pacientes descompensados, pacientes em crise aguda que não conseguem se deslocar até o posto. A gente se baseia em critérios, principalmente trazidos pelos ACS, dessa urgência, dessa atenção mais imediata. A gente tem a certeza que esse critério não é o critério ideal, mas em função da demanda e da forma como a gente atua junto a nossa comunidade, foi uma alternativa que a gente teve. (M-42-PSF)

A fala desse médico reitera uma tensão que está presente na unidade — a de atendimento clínico individual *versus* promoção e prevenção —, que também se manifesta nos processos de decisão sobre as indicações das visitas domiciliares.

Neste estudo identificamos diferentes origens de solicitações de visitas, com diversos motivos para estas. Como exposto, uma parte das solicitações é oriunda dos próprios serviços que se realizam para obtenção de informações, investigação epidemiológica, divulgação da proposta dos programas e supervisão dos trabalhos dos agentes. A UBS também preconiza as visitas para busca ativa de doentes e faltosos de programas e implementação de medidas preventivas, como cobertura vacinal, vacinação de idosos acamados e exames colpocitológicos. No entanto, o maior volume de solicitações é trazido ou pelos ACS, que detectam necessidades

em suas visitas, ou diretamente pelos usuários às equipes, e mais freqüentemente pelo acordo advindo da interação entre ACS e usuário. Tais solicitações são predominantemente de pessoas que necessitam de assistência clínica domiciliar.

Esse elevado afluxo de pacientes que precisam de atendimentos clínicos na atenção primária tem explicação na crise, nas décadas de 1970 e 1980, das instituições hospitalares, que inicialmente eram responsáveis pela assistência médica individual, mas não acolheram pessoas com essas necessidades. Desde então, os serviços de atenção básica (mesmo sem disporem de estrutura) absorveram essa clientela, aos poucos instalando-se também o modelo hegemônico de atendimento médico individual nas UBS. Atualmente os debates versam sobre a melhor forma de fazer a composição do atendimento, processo este que exige reflexão, capacidade técnica e política. Há de se considerar sempre que a atenção básica está integrada a um sistema de saúde em que cada segmento tem sua especificidade e potencialidade. Nesse sentido, a especificidade da atenção primária são as ações pautadas no saber epidemiológico e no saber da clínica, cuja operacionalização deveria se pautar na concepção de integração sanitária de Mendes-Gonçalves (1994), que pressupõe a ênfase na promoção, prevenção e cuidado à população e atenção às enfermidades mais comuns..

Já se dispõe de várias proposições (Paim, 2003; Cunha, 2005 Andrade, Bueno e Bezerra, 2006), embora ainda sem consenso, quanto à melhor composição das ações na atenção básica, cujo ponto em comum é a contraposição ao modelo assistencial pautado exclusivamente na atenção médica individual. Entre as propostas, figuram a de organização do trabalho pautada na oferta de ações para grupos, de acordo com ciclo vital e vulnerabilidade; a de implementação de acolhimento como tecnologia assistencial para a demanda espontânea, que já está

de alguma forma incorporada ao PSF; e a de equipes matriciais encarregadas de fornecer suporte às equipes (Paim, 2003).

Nas equipes estudadas, verificamos a existência dessa tensão, pois os profissionais estão cientes de que seu trabalho deveria também abranger prevenção e promoção, embora haja grande procura por atendimento individual e predomínio de atendimento baseado na lógica do modelo da clínica, dentro da unidade e nas casas, com exceção da visita do ACS. Por outro lado, a população reconhece e aceita esse trabalho como legítimo e incorpora tal padrão de consumo de serviços de saúde, reiterando cada vez mais esse modelo. Além disso, o fato de o PSF atuar em áreas carentes, com população excluída e marginalizada dos serviços de nível secundário e terciário, acaba repercutindo também em uma maior procura pela assistência curativa na atenção básica, contribuindo ainda mais para a consolidação desse perfil assistencial tipicamente curativo e individual, centralizando as ações no profissional médico, que muitas vezes não dispõe de saber, nem instrumentos materiais para atenção de qualidade. Nesse sentido, o modelo de atendimento na unidade também se reflete nas visitas domiciliares.

Verificamos que as equipes que estão mais integradas e nas quais há menor estímulo a considerar o atendimento clínico individual como o de maior valor são também as que empreendem visitas mais integrais.

CAPÍTULO 9

A VISITA DOMICILIAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Neste capítulo apresentaremos as visitas domiciliares dos ACS, as quais constituem a atividade primordialmente desempenhada por esses profissionais. Além disso, estes desencadeiam a maior parte das solicitações de visitas a serem empreendidas por outros profissionais.

9.1 ROTINA DE TRABALHO: DIÁRIA, SEMANAL E MENSAL

A primeira atividade do dia para os ACS é o encontro no Ponto de Apoio, para assinatura da folha de frequência e marcação do chamado “itinerário”, impresso em que consta a previsão das ruas e quadras a percorrer nos períodos da manhã e da tarde.

Nós temos o itinerário no posto e todo dia de manhã temos que colocar lá onde vamos estar, que quarteirão. Esse itinerário fica lá no posto de saúde para qualquer eventualidade, porque se chegar qualquer supervisão, ele já pega lá e vai certinho onde estamos. A gente tem que saber onde vamos estar aquela manhã, naquela tarde. Às vezes acontece que você tem que ir em outro local, mas você tem que ir e voltar para aquele mesmo local porque senão vai sair da seqüência. Então a gente já sai e deixa tudo certo lá no posto, o nosso itinerário. (ACS-29-PACS)

A prática de anotação do itinerário iniciou-se como exigência no PNCD e foi incorporada em Campo Grande à rotina dos agentes do PACS e PSF. O mesmo ocorreu com o uso da “bandeirinha”, marcador utilizado para facilitar à equipe externa a identificação da residência em que o ACS se encontra (Campo Grande, 2006):

Nesse encontro matinal no Ponto de Apoio, geralmente também ocorre o contato com os enfermeiros supervisores:

A gente espera se o enfermeiro passa, porque às vezes os enfermeiros vão lá pra passar alguns dados, ou pra entregar papel. [...] passa pra informar alguma coisa que tenha de novo, ele informa para a gente. (ACS-3-PACS)

Tal encontro com o enfermeiro é visto como importante, por permitir troca de informações:

Como ela é a nossa supervisora e está diretamente com a comunidade, às vezes ela sabe caso que a gente não sabe e às vezes nós sabemos e ela não sabe. Então é uma-mão-lava-a-outra. (ACS-24-PACS)

O depoimento da agente mostra que seu trabalho está articulado com o da enfermeira, evidenciando a importância do trabalho em equipe.

Na organização de suas atividades, os ACS prevêm não somente o número de casas que visitarão no dia, mas também estabelecem uma programação semanal e mensal:

Eu já tenho na minha cabeça, eu já tenho qual é a minha rota de trabalho. Hoje eu vou, igual eu pensei, eu falei assim: “Nós vamos no quarteirão 1, e vamos lá no comodato do 2”. (ACS-58-PSF)

O planejamento, eu pego a quantidade de residências que eu tenho na área que eu trabalho e divido a quantidade de dias que eu vou trabalhar mais ou menos no mês — essa divisão eu já tenho de cabeça, que geralmente é a mesma média —, ou seja, ocorre que eu vou fazer de doze a quinze visitas por dia. Eu vou estar preparado pra isso. (ACS-7-PACS)

Então, segunda-feira de manhã, eu já trago o relatório da semana anterior, [...] Aí, à tarde, com esse itinerário já pronto, e se não tiver nenhuma programação, como a reunião de hipertenso, diabético, planejamento familiar ou puericultura das crianças, aí eu vou fazer visita domiciliar. [...] E a terça-feira é a mesma coisa. (ACS-59-PSF)

No início da jornada de trabalho, os ACS organizam os impressos e o material de trabalho:

Todo o material que eu possa vir a utilizar está dentro da mochila: cadastro; todas as folhas que surgir, por exemplo, hipertenso, diabético, tuberculose, eu já tenho uma ficha para cadastrar e vou passar adiante ao enfermeiro. Material de inspeção contra a dengue é a mesma coisa: tem que sempre estar na mochila. Hoje acontece uma coisa, amanhã acontece outra diferente; então você tem que estar tudo na mão. (ACS-7-PACS)

Feita a organização, os agentes partem para as visitas. Vários ACS acompanhados nesta pesquisa tinham um caderno contendo anotações referentes a cada família, prática que descrevem como facilitadora da consulta rápida que precede a visita, além de útil para verificação de informações durante o período em que as fichas de cadastro da família (Ficha A do SIAB) são recolhidas para digitação, o que acontece duas vezes ao ano:

Olho no caderno sempre antes de entrar na casa, pelo menos para lembrar o nome da pessoa. Como é muita gente, a gente não lembra todos os nomes de todas as pessoas. Aí você chega: “Quem mora aqui mesmo?”. Dá uma olhadinha, porque é superchato: chega lá, não lembrar o nome da pessoa. Aí tem aqueles dados, tem uma pessoa que não gosta do nome, quer que a chame pelo apelido — aí deixo anotadinho para não esquecer. (ACS-3-PACS)

O depoimento da agente revela sua sensibilidade para abordar cada morador de maneira singular e com respeito.

- ☐ *Durante o período de observação, permaneci vários dias com os ACS no Ponto de Apoio e acompanhei os encontros com os enfermeiros e a revisão nas fichas. Pude observar que os ACS comentam sobre os moradores, contam histórias e falam quais pessoas dão mais trabalho. Citam aqueles que requerem mais atenção e onde as visitas são mais demoradas. Os ACS relatam que sempre vão às casas que precisam de um tempo maior;*

preferem ir por último naquele período. Disseram que às vezes ficam “presos” nas casas, pois começa a chover. (Registro de observação, PSF 4)

Cada ACS tem sob sua responsabilidade cerca de 150 famílias, as quais têm diferentes números de integrantes, perfazendo um total médio de 565 pessoas. Nas visitas, fazem o acompanhamento mensal dos portadores de diversas doenças (diabetes, hipertensão arterial e outros agravos), além das gestantes e crianças. Todas estas atividades precisam ser registradas e conferidas para a elaboração de relatórios, totalizando um grande volume de impressos e de trabalho (Apêndice J).

O contato com os bastidores da visita domiciliar dos ACS desvelou uma rotina árdua, dada a exigência de que mantenham os impressos preenchidos com os dados atualizados. Observamos no entanto que, ao fazerem esse trabalho e relatarem sobre suas atividades, demonstram um cuidado com “sua população”, informando-nos sobre as famílias, as dificuldades que estas vivenciam e o que eles fazem para ajudá-las.

9.2 O PERCURSO ATÉ A CASA, O HORÁRIO E A ABORDAGEM INICIAL

Para se locomoverem, em algumas áreas os ACS utilizam bicicletas, porém muitos preferem caminhar, devido às precárias condições das ruas e à falta de espaço para guardar as bicicletas com segurança durante as visitas. Além disso, citam dificuldades relacionadas às condições climáticas e ambientais (sol, chuva, poeira, barro):

A nossa carga horária — porque a gente tem que cumprir o nosso horário; eu entendo —, mas o sol judia muito, e você vai de casa em casa, então fica direto. É difícil você andar com aquela mochila superpesada. [...] Eu acho

que o maior problema é o sol mesmo, [...] esse sol judia muito. (ACS-24-PACS)

Eu prefiro ir a pé do que de bicicleta. [...] No meu caso, eu acho chato, assim, você pega a bicicleta, pára na casa da pessoa, bate palma: “Posso deixar a bicicleta aqui dentro?”. Se você deixa fora, corre o risco — você põe o cadeado, tudo —, corre o risco de roubar. [...] tem que fazer boletim de ocorrência, tem que ir na polícia... Aí tem a vistoria, [...] se foi roubo mesmo, se foi outra pessoa. Então tem toda essa burocracia. [...] deixo ela na minha casa trancada e vou a pé. Não quero correr o risco. Também acho chato pedir pro morador deixar ela lá dentro, na varanda. Além de você estar entrando, a pessoa já não quer muito essa visita: “Ah, lá vem ela de novo! Ainda vai colocar a bicicleta lá dentro”. Então, já é chato. Então nem carrego; prefiro ir andando a pé mesmo. [...] Às vezes tem muito quintal que tem areia, barro, essas coisas. Então depois não tem como entrar na casa da pessoa. Então a gente não vai na casa da pessoa quando chove, por causa disso. (ACS-3-PACS)

Percebe-se que já antes do início da visita propriamente dita o ACS demonstra certa precaução em não contrariar o morador, por respeitar a casa como espaço privado do outro.

Além da possibilidade de roubo da bicicleta, o percurso também envolve outros riscos:

A gente trabalha com a saúde, mas a nossa saúde parece que é esquecida totalmente, desde o uniforme até a proteção individual, [...] a gente está exposto ao sol, a chuva, o cachorro, e a gente não tem nenhuma proteção de nenhum sentido, nem jurídico e nem médico. Isso é complicado. (ACS-8-PACS)

Um ACS relata como é difícil a ida aos locais de tráfico de drogas e a exposição à violência:

Fui visitar uma boca de fumo. Isso é muito difícil, porque a pessoa está maconhada, ela não quer saber. Então você tem que ter um jogo de cintura pra poder acompanhar, porque quando o policial vai numa casa, ele vai armado, vai com cassetete, vai com arma, tem como se proteger, e o

agente de saúde não: só tem a cara e a coragem pra conversar com esse tipo de pessoa. É muito ruim em boca de fumo você fazer visita, porque as pessoas te rebaixam, te xingam, e você se sente lá em baixo. (ACS-59-PSF)

Para programar as visitas, os ACS utilizam o mapa do bairro, fazem o reconhecimento de área (registro em papel de todos os imóveis) e assinalam as identificações dos quarteirões e a direção dos percursos nos postes de luz com giz de cera, uma norma do PNCD que também foi incorporada pelo PACS e PSF:

Durante o trajeto do Ponto de Apoio até os quarteirões selecionados para as visitas, os ACS conversam com os moradores que encontram nas ruas ou sentados na frente de suas casas, como pudemos observar.

- *A ACS [nome da agente] pára e conversa com usuários [...]. Isto é uma prática freqüente e isto também poderia ser valorizado como uma forma pró-ativa de interação com as pessoas já no território, porém ainda em um espaço público. (Registro de observação, PSF 6)*

O horário mais adequado para as visitas foi uma preocupação relatada por todos os ACS, pois em algumas casas os moradores dormem até mais tarde, no final da manhã costuma ser preparado o almoço e à tarde as pessoas “geralmente têm sua sestinha depois do almoço” (ACS-3-PACS).

Na pesquisa realizada por Ferraz e Aerts (2005) sobre o cotidiano do trabalho dos ACS em Porto Alegre, os agentes entrevistados responderam que o turno mais favorável é o da tarde, pois há pessoas que não acordam cedo e as donas-de-casa estão ocupadas com os afazeres domésticos pela manhã, não dispondo de muito tempo.

Uma das equipes que acompanhamos somente iniciava as visitas a partir das 8 h 30. Nas demais equipes, os ACS relatam que tentam contornar este problema evitando determinadas casas nos horários inconvenientes para visita:

Já aconteceu assim, de eu sair — eu saio uma hora [da tarde] —, aconteceu de eu chegar, a novela está muito bonita, de eu bater palma e a pessoa pegar e falar assim: “Não dá pra você voltar mais tarde, que agora eu estou assistindo a novela?” [...] Fui onde eu tinha que ir, depois voltei mais tarde. Aconteceu também assim: “Ah, não dá pra você vir outra hora? Porque agora eu estou saindo”. Questão assim: a pessoa está saindo, aí eu vou saber dela qual é o melhor dia, qual é o melhor horário. E quando eu vou fazer aquela primeira visita, que é o cadastramento, eu já pergunto: “A senhora trabalha? [...] Qual é o horário melhor pra senhora me receber?” Aí ela vai falar se é de manhã, se é à tarde. Então: qual é o melhor horário pra ela pra eu não ser tão inconveniente também. (ACS-58-PSF)

Uma das ACS relata que sempre faz perguntas sobre a conveniência da visita, antes de iniciá-la:

Primeira coisa, a gente pergunta é se a pessoa pode nos atender, se a gente pode entrar, porque às vezes as pessoas estão ocupadas: “Hoje não posso”. A gente tenta ver que dia é melhor pra pessoa, que horário ela pode atender a gente. Aí a gente vai. Agora, se a pessoa nos dá a liberdade — “Não [há problema], pode entrar” —, aí a gente entra. (ACS-3-PACS)

Observamos que os ACS mantêm uma postura de respeito pelas preferências individuais dos moradores para garantir a aceitação e a qualidade de seu trabalho.

- *Além disso, os ACS citaram algumas reações mais sutis manifestadas pelos moradores, que eles identificam como não-aceitação da visita: não abrir totalmente a porta, não ir até o portão e manter distância e [deixar entrever] movimento das cortinas, entre outros. Uma forma para conseguir ser recebido pelo morador é, segundo o ACS, não ficar na frente do olho-mágico, tentar explicar logo o que pretende com a visita, não atropelar as*

peessoas com muitas perguntas e levar o máximo de informações. Em prédios com apartamentos o ACS recebe ajuda de uma moradora que faz um contato prévio com os outros moradores, explicando o trabalho, vê qual o melhor horário e avisa o ACS. Estas explicações foram relatadas pelo agente que trabalha em uma área, na qual os moradores têm um padrão [de vida] maior e há vários prédios com apartamentos. (Registro de observação, PACS 1)

A experiência boa é quando eles me ajudam. Então, quando um vizinho legal já facilita um pouco meu trabalho, eu já chego com meio caminho andado, que é a parte de apresentação, que eles têm uma afinidade, que facilita eles responderem umas perguntas bem pessoais que eu faço. (ACS-8-PACS)

Às vezes tem casa que eu levei praticamente uns quatro meses pra entrar na casa do morador, senão não deixava eu entrar. (ACS-51-PACS)

Os excertos indicam como a rua e a casa são espaços com valores e relações sociais específicos e o ACS lida com códigos que expressam ou não a permissão e os limites dessa entrada nos ambientes da moradia (Alonso, 2003; DaMatta, 1985).

Observamos que em algumas equipes alguns agentes trabalham em outros horários, como fins de tarde ou finais de semana. No entanto, há divergências quanto a isso, pois alguns agentes aceitam trabalhar e fazer compensações de horário nos finais de semana (o que facilita encontrar moradores que trabalham), enquanto outros discordam totalmente dessa prática, justificando também a necessidade de se respeitar a vida particular deles mesmos e dos moradores. Quanto a essa questão, tampouco há regras muito claras ou consenso da gestão municipal, de forma que às vezes são feitos os arranjos locais nas equipes. Assim, a escolha do dia e horário das visitas também se relaciona com aspectos da privacidade.

Um agente destacou a importância da flexibilidade no itinerário, referindo-se à dificuldade de conciliar a norma do programa de controle da dengue com as diretrizes do PSF e às dificuldades de conciliar ambos os enfoques, como exposto no capítulo anterior:

Eu acho que a gente tem que se preocupar com a pessoa. Se eu estou no quarteirão 1, está passando mal no 10, como é que fica? Eu tenho que ir lá. [...] Eu vou assim mesmo, porque pra mim o importante é a família. Eu estou ali pra cuidar da família. Eu vou. (ACS-59-PSF)

Os relatos evidenciam que o trabalho dos ACS envolve, marcadamente, superar barreiras — climáticas, geográficas e da violência — presentes nas áreas. Vários estudos discutem as precárias condições de trabalho desses profissionais e as possíveis consequências para sua saúde, que se refletem em elevado absenteísmo por licenças médicas, além de aposentadorias precoces (Nogueira, 2004). Embora tenha sido confiado a esse contingente de trabalhadores uma grande parcela da responsabilidade pela prevenção de doenças e agravos, a visita domiciliar acaba se configurando como um difícil instrumento de trabalho, pelo peso cotidiano que recai sobre os que a executam.

Os relatos apontam as dificuldades do agente em ser recebido e sua experiência da recusa, que é interpretada como fracasso do trabalho, por se tratar de uma atividade que nem sempre é conhecida, respeitada e aceita, além de envolver a necessidade de permissão para que se adentre a vida do outro, tanto em termos do espaço privado quanto do horário.

Observamos, portanto, que a escolha de uma estratégia de trabalho na atenção primária em saúde que prioriza a visita domiciliar traz à tona uma série de implicações para moradores e trabalhadores, as quais obrigam ao desenvolvimento

de certa negociação, que, dependendo das atitudes dos envolvidos, pode requerer diferentes maneiras de comunicação e esforços de persuasão, configurando-se menos ou mais dialógica no sentido de respeito, escuta e interesse pelo outro.

9.3 PRIMEIRA VISITA

Os depoimentos dos ACS evidenciam como a primeira visita é fundamental para a continuidade do trabalho:

Para lidar com pessoa, tem que ter certos cuidados com ela. Então eu sempre procuro explicar na primeira visita o que é o meu trabalho. A primeira coisa eu que eu pergunto: “Você já conhece o trabalho do agente de saúde?”. Aí eu explico o que é o meu trabalho, o que eu vou fazer na casa, qual é a função desse trabalho, o que o posto de saúde pode oferecer pra ela. Então é pra que ela possa se sentir... mais à vontade. Esse é o primeiro contato que eu tenho com ela. (ACS-64-PSF)

Quando a família é nova na área, a visita é mais demorada um pouquinho, [...] vou lá, bato palma, me identifico, certamente a gente pede pra entrar, falar sobre o trabalho, o que você foi fazer ali. [...] A gente fala bastante. Na primeira visita para cadastrar tem que fazer um resumo bem grande, daí entra tudo: hanseníase, tuberculose, fala como os programas funcionam, porque de repente a pessoa é de outra cidade. Se for da vila, fica fácil: já teve outro agente, já orientou, só dá uma pincelada, uma reforçada. [...] Você aborda aquela família; a primeira vez a gente tem uma ficha de cadastro. Naquela ficha vai o nome da pessoa, o endereço, vai o número, o número do prontuário, vai a idade, a profissão, se a casa é de madeira, qual a condição de vida. A saúde envolve tudo, até a moradia, [...] pede carteirinha de vacina das crianças e dos adultos também e das crianças menor de cinco anos, [...] acompanhamento também do peso e da idade da criança, que é onde a gente pesa todo mês e vai avaliando. (ACS-24-PACS)

Entre as diversas atividades do ACS, observa-se que a visita de cadastro segue uma técnica mais sistemática, pois geralmente o conteúdo dessa primeira visita é abordado de forma mais completa nos treinamentos, o que difere do

observado no PNCD, em que todas as visitas seguem uma sistemática mais rígida. Em parte atribuímos essa maior ênfase na visita de cadastro ao valor que é dado aos registros para acompanhamento da cobertura do programa e do trabalho do profissional.

Nessa visita, o ACS tem seu trabalho por desenvolver: obter as informações e dar as orientações sobre suas atividades e o serviço de saúde que representa:

Agora, o que acontece freqüentemente, vamos supor em 80% — não, até 95% — na primeira visita é a gente que chega, eles não querem receber o agente de saúde e fala todas aquelas informações que a gente vê no jornal, em todo lugar: que o posto de saúde não funciona, que vai lá, a pessoa não atende bem, quando atende atende mal. Aí a gente tem que tentar desmistificar tudo isso, que muitas das vezes é verdade mesmo, mas a gente tem que tentar. Não é assim chega lá. Tenta falar com um outro, Tem que dar o jeitinho de brasileiro também, porque coisa pública é complicado mesmo. (ACS-8-PACS)

Muitas vezes, nessas interações surgem embaraços, tensões, impasses, por exemplo com usuários que relatam ao agente experiências negativas na utilização dos serviços de saúde e nos trajetos de tratamento percorridos. Nessas situações, há freqüentemente um clima de tensão que requer grande compreensão e habilidade de comunicação do agente:

A gente vai chegar, se identificar, explicar como é o trabalho. A pessoa vai ter uma resistência; então a gente tem que chegar com bastante jeito, explicar o trabalho que é importante. [...] a gente vai entrar, conversar, vê que não é bem assim, a gente vai tentar fazer um laço com ela, um elo entre você e a comunidade. Aí ela vai começar a sentir um interesse — geralmente é conversar mesmo —, ela vai dizendo algum problema que ela tenha, a gente vai passando informação, vai encaminhando pra unidade de saúde e explicando como funciona, porque as pessoas têm a visão de que não funciona, não adianta ir que nada vai conseguir. A gente tem que passar que ela vai conseguir, [que] é meio complicado e tudo uma questão de informação [...] e tenta facilitar o acesso dela na unidade. (ACS-8-PACS)

Silva e Dalmaso (2002a) também apontam que no dia-a-dia o agente faz uso da persistência e aplica um certo “jeito” para que a interação se realize.

Os relatos sobre as primeiras visitas mostram como, ao mesmo tempo em que necessita cumprir cada etapa de seu trabalho, o ACS precisa manter uma atitude de escuta ativa, de empatia e de percepção das necessidades, que possibilite a criação de vínculo, e ainda tentar superar as deficiências do funcionamento da unidade — o que se revela tarefa extremamente difícil.

9.4 O QUE OCORRE DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES DOS ACS

9.4.1 QUEM É O ALVO DA VISITA?

A partir do primeiro contato, e com o cadastro preenchido, a família passa a receber a visita do ACS com periodicidade mensal. Geralmente a pessoa entrevistada na primeira visita é aquela a quem o ACS irá se dirigir nas visitas subseqüentes. Os demais integrantes são cadastrados. Dado semelhante consta na pesquisa coordenada por Silva e Dalmaso (2002a) sobre a prática dos agentes no Projeto Qualis, em São Paulo. Os autores explicam que apesar de os domicílios “serem ocupados na maior parte por famílias, e estas serem o alvo formal do projeto”, constata-se que os agentes dirigem suas ações geralmente a uma só pessoa da moradia. Mesmo quando o agente tem contato com mais de um indivíduo, ou colhe informações sobre mais alguém na mesma casa, permanece a impressão de que a “abordagem do agente, na maioria das vezes, não se faz no sentido de

considerar a dinâmica familiar, mas o somatório dos indivíduos que coabitam o domicílio”.

Um agente informa que, ao encontrar outras pessoas, procura saber quem são — se membros da família ou moradores temporários e hóspedes:

Se tiver uma outra pessoa na casa eu procuro saber o nome, de onde que é, se está visitando, passo as informações do atendimento do posto, se for de fora. Se tiver outra pessoa morando, eu tenho que cadastrar, pôr na fichinha. (ACS-29-PACS)

Ressaltam que procuram repassar informações principalmente aos moradores que não se deslocam à UBS, especialmente os idosos:

Passando informação pro morador, às vezes o morador não vai até ao posto, [...]. Eu procuro passar informações pros idosos porque eu sei que não tem como ir ao posto. As pessoas que têm mais disponibilidade, eu falo: “Tenta ir e passa lá para você ver”, mas para os idosos eu procuro dar atenção. Entre outros na minha área, eles são prioridades. (ACS-29-PACS)

Os ACS de Porto Alegre incluídos no estudo de Ferraz e Aerts (2005) também relataram que os idosos têm boa receptividade aos agentes em suas casas.

Nos depoimentos que colhemos, foram relatadas algumas situações que dificultam ou até impedem a realização das visitas, como a de residências em que somente há presença de crianças de até 12 anos, casos esses em que, segundo os ACS, não são permitidas as visitas. Outras situações de dificuldade são as de moradores alcoolizados e de conflitos familiares:

A gente chega numa residência e só está o esposo, o dono da casa, e ele está alcoolizado. Aí, tudo bem, ele tem aquela intimidade com você, porque faz tempo que você trabalha na residência, só que o agente, eu particularmente, eu não entro na residência. Faço o serviço parcial [apenas inspeção da parte externa da casa] e vou embora. Eu não vou entrar na casa dele estando ele alcoolizado. A mesma coisa se está tendo briga de

família: eu não entro na residência também. Fico na varanda, vejo o que está acontecendo e vou embora também. (ACS-16-PSF)

Tais entraves foram também relatadas por outros agentes, que reiteram que nesses casos não entram na residência, o que demonstra a dificuldade de enfrentar problemas como alcoolismo e violência doméstica, situações que são melhor percebidas na visita, mas via de regra recusadas como problemas que requeiram abordagem. Ao contrário do preconizado pelos programas, nessas situações os ACS sentem-se sem instrumentos de trabalho e tendem a não considerar tais ocorrências como pertinentes à equipe de saúde.

Um dos agentes fala sobre a dificuldade de perguntar a adolescentes sobre o exame preventivo (colpocitológico):

Ainda mais as pessoas falam que temos que perguntar [sobre preventivo] até para os jovens, assim de quinze, dezesseis anos, porque não temos como chegar na mãe e falar: “Sua filha fez o preventivo?”. As meninas também não vão falar na frente da mãe. Às vezes também tem muita menina que é nova e já tem relação e não é mais virgem. Às vezes a mãe nem sabe, então é uma coisa que tem que ir com calma, como diz, chama e conversa com a menina separada. Geralmente menina nova tem que vir um dia separado da mãe para poder perguntar, porque não tem como chegar na frente da mãe e perguntar: “Você já fez preventivo?”. Com a mãe é normal, chega e fala; agora, chega numa menina de catorze anos, é diferente. (ACS-3-PACS)

O depoimento mostra que há certo constrangimento para abordar assuntos que envolvem a sexualidade durante as visitas domiciliares, evidenciando que talvez para conversar sobre esse assunto seja recomendado dispor de outro local.

Uma ACS relata que para falar com uma moradora foi necessário aguardar que o marido se afastasse para respeitar sua privacidade e as relações familiares:

Eu comecei a tomar mais cuidado da forma que eu ia perguntar, que é a experiência que a gente vai aprendendo. Quando o homem está por perto, eu vejo que ela não quer falar, espero ele sair eu pergunto sobre planejamento familiar, se ela está sentindo alguma coisa. Tem coisa que a mulher não gosta de falar em frente do homem. Eu sou uma pessoa de fora, ela se sente mais receosa. Eu procuro, às vezes vejo que ela está meio assim; eu espero ele sair pra perguntar. (ACS-64-PSF)

A agente fala que é uma pessoa “de fora” que compreende que para abordar os assuntos “de dentro” (mais íntimos) precisa haver um espaço de privacidade individual, por vezes difícil de obter no domicílio.

Questões sobre exames de próstata e doenças estigmatizantes também não são respondidas com facilidade pelos moradores:

Agora, essas doenças assim: “Ah, você tem alguma coisa?”. Outra coisa que é delicado de perguntar é câncer de próstata e o preventivo. Acho que o pessoal [...] fica meio assim, as mulheres. (ACS-3-PACS)

Duro é homem. Tem muitos homens que têm pressão [hipertensão arterial]. As mulheres que contam, porque os homens não falam; aí geralmente começam: “Ah, ele tem, mas não quer ir no médico!”. O homem não gosta de médico, é difícil de ir. Aí vai conversar com ele: “Não, está tudo bem, não tem não”. Aí a mulher: “Tem sim”. Então fica... O homem é mais difícil de conversar; você tem que conversar com as mulheres. As mulheres é que te passam mais informação da saúde dos homens da casa. (ACS-3-PACS)

Nesse depoimento a agente fala das dificuldades de abordar temas de saúde com os homens. Schraiber (2005) descreve as dificuldades no agir profissional do ACS considerando as relações de gênero e explica, a partir de um trabalho realizado com equipes de PSF em Recife, que os profissionais, em sua maioria mulheres, têm receio dos homens, na condição de usuários ou moradores, e temem represálias violentas quando o assunto é intervenção em assuntos considerados de âmbito privado. Complementa que isso ocorre devido à natureza

privada de determinados assuntos, como prevenção e boa parte dos cuidados de saúde, quando ainda não há formulação explícita para a abordagem.

Para Figueiredo (2005), a saúde dos homens constitui um desafio para os serviços de atenção primária, e para apreendê-la é preciso considerar as necessidades de saúde, a capacidade dos serviços de saúde de atender a essas necessidades e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços. Complementa que não basta dispor de profissionais no sexo masculino, sendo necessário que os profissionais de saúde desenvolvam uma sensibilidade maior para as interações mediadas por concepções de gênero e as necessidades dos homens.

A agente complementa que com a passagem do tempo e desenvolvimento de maior proximidade torna-se mais fácil abordar determinados assuntos:

No começo é mais difícil. A gente vai, com o tempo a gente começa a pegar amizade com o pessoal e vê se tem mais alguma coisa, que nem tem alcoolismo, droga. Tem umas coisas que a gente não sabe, mas com o tempo, às vezes, um fala, alguém fala alguma coisa, e vai descobrindo aos poucos. Tem gente que também tem tuberculose e não fala isso. É transmissível e o pessoal fica com vergonha de falar: "Ah, eu tenho uma doença que é transmissível". É uma coisa que o pessoal não comenta. Então a gente tem assim uma coisa que a gente vai descobrir mais pra frente se tem ou não tem. (ACS-3-PACS)

Observamos que embora o programa preveja uma variedade de perguntas que devem ser feitas pelo ACS, este nem sempre consegue fazê-las quando versam sobre a esfera mais íntima. A dificuldade pode se dever à presença de outras pessoas no ambiente, como apontado em relatos, ou talvez porque, devido à proximidade entre a população e o agente que a atende, já que residem na mesma área, este não é visto como um integrante do setor de saúde imbuído de um fazer

profissional. O trabalho do agente pede o levantamento de questões para as quais este não tem respostas institucionais previstas, como nos casos de trabalho com situações envolvendo violência, sexualidade ou mesmo alcoolismo. Isso frustra e gera impotência nos profissionais e usuários.

O próximo relato exemplifica particularidades da pesagem de crianças, atividade que, segundo as diretrizes dos programas, é requerida para todas as crianças de até dois anos:

Tem as crianças de gente que já tem uma classe mais alta. Você vai, falar para ela: “Como está o peso da sua criança?”. Tem gente que não gosta que pegue a criança: “Então... Faço acompanhamento com o pediatra particular. Não precisa nem olhar. Está tudo certinho”. Então, às vezes, a gente pede a carteirinha de vacinação para ver o peso. Essas crianças, geralmente tem gente que não gosta que pesa. Tem uns que deixa; outros que não. (ACS-3-PACS)

Emerge nessa fala um comentário do morador que pode ser interpretado como uma desqualificação do trabalho da ACS, ao considerar que este esteja direcionado apenas às camadas sociais mais pobres.

- *Sobre o procedimento da pesagem de crianças, vários ACS disseram que nem todas as mães aceitam fazê-la, pois não querem que a criança seja manuseada. Ela pode estar dormindo ou não querem que pessoas estranhas as manuseiem. A pesagem em si também é um risco, pois nem sempre há um suporte seguro e adequado para amarrar a balança [balança de pendurar, do tipo dinamômetro], sendo às vezes na parte externa no alpendre ou em uma árvore com um galho numa posição que permita afixá-la, mas o risco de queda é um medo das mães e dos ACS, fato que também já aconteceu. Assim, observei que alguns ACS preferem segurar a balança com as mãos sobre um local seguro, por exemplo uma cama. Porém, o inconveniente de segurar é o risco de uma lesão articular no ombro, devido ao peso e à força necessária. (Registro de observação, PSF 6)*

Observamos que o acompanhamento do crescimento das crianças, que é uma estratégia de prevenção efetiva por envolver um saber complexo, não conta com tecnologia apropriada, o que compromete um programa de prevenção mais amplo e cria situações um tanto quanto constrangedoras para os agentes.

Outro tipo de constrangimento vivenciado é o da observação involuntária de nudez durante a inspeção, pois o ACS precisa percorrer os vários cômodos da casa, inclusive o banheiro:

Uma situação constrangedora: às vezes você está fazendo, pega alguém nua no meio da casa. É uma situação... Isso já aconteceu comigo e a culpa não foi minha, porque perguntei pra mãe da moradora se tinha alguém no banheiro. Ela falou que não, cheguei, dei uma batidinha, uma batida na porta — quando está fechada geralmente eu bato —, no que eu abro está a pessoa lá, e era uma moça e ela ficou muito brava, saiu xingando. Ela xingou mais a mãe dela. [...] falei: “Está terminada a visita, senhora. Por hoje está bom”. E fui embora, porque eu não queria ficar no meio da briga. Ela entendeu aquela situação. Ela mesma entendeu que falou [que] não tinha ninguém e tinha. (ACS-7-PACS)

- *Hoje aconteceu um fato que ilustra sobre as situações que podem acontecer quando o profissional percorre os cômodos da casa, como descrito na “visita do PNCD”. A enfermeira precisava lavar as mãos para fazer um procedimento, pediu licença e foi ao banheiro e a porta estava somente encostada e encontrou outra pessoa despida. Foi uma surpresa. Se desculparam. (Registro de observação, PACS 2)*

Tomando como base os depoimentos e as observações neste estudo, verificamos que as ações da visita domiciliar alcançam predominantemente pessoas que estão em casa nos horários de trabalho dos ACS, principalmente mulheres e idosos.

A forma de abordagem também apresenta limitações no caso de adolescentes, o que pode estar relacionado com a baixa priorização das políticas de saúde para esses grupos populacionais. Ayres e França Junior (1996) citam que são poucos os serviços de saúde voltados às necessidades particulares de adolescentes na perspectiva médico-sanitária. Ferrari, Thomson e Melchior (2006) reiteram que as políticas de saúde para adolescentes se desenvolvem de forma fragmentada e desarticulada. Da mesma forma, os profissionais dos programas de atenção básica não estão instrumentalizados para trabalhar com esses grupos.

Nas visitas, os ACS vivenciam impasses e tensões na abordagem de determinados temas e na realização de procedimentos. A cada momento, o agente precisa estar atento para perceber os limites entre a intervenção proposta e o espaço concedido, e saber a quem se dirigir, o que falar e o que fazer. Esse exercício nos remete ao título desta pesquisa — *Licença, posso entrar?* — por considerarmos que a atitude de constante respeito que este expressa é uma das marcas significativas dessa prática.

9.4.2 OS CONTEÚDOS E AS ATIVIDADES REALIZADAS

Em seções anteriores deste capítulo já foram citados alguns exemplos de temas e atividades com que os ACS lidam durante as visitas. Nosso propósito não é descrever tudo o que observamos ser feito pelos agentes, porém apresentar alguns exemplos de atividades realizadas, com uma caracterização destas a partir das finalidades do processo de trabalho e instrumentos (saberes) utilizados (Mendes-Gonçalves, 1992).

Em Campo Grande, os ACS recém-admitidos recebem um treinamento voltado a capacitá-los ao trabalho que deverão realizar. Nele são abordados conteúdos sobre como proceder durante as visitas e oferecidas explicações sobre os grupos (crianças e gestantes) e os eixos prioritários da atenção básica (diabetes, hipertensão arterial, hanseníase, tuberculose, saúde bucal).

Os ACS entrevistados informam que durante as visitas domiciliares seguem uma sequência de procedimentos. Cada agente tem sua forma de conduzir as visitas, procurando conciliar cada um dos programas (PACS ou PSF) com o PNCD:

A visita tem uma técnica. Primeiro começo sempre por olhar o quintal, verificar o quintal. Depois sempre dar orientações sobre a dengue. Se tiver hipertenso, pede o cartão. (ACS-64-PSF)

No meu caso, dependendo da família, eu começo com o PNCD ou às vezes com o PACS. (ACS-3-PACS)

Eu chego, cumprimento, pergunto como que está, se está todo mundo bem, se tem alguma novidade, se alguém teve algum problema. (ACS-71-PSF)

A análise das entrevistas dos ACS e os registros de observação indicam que as atividades dos ACS durante as visitas se concentram nos eixos prioritários da atenção básica: saúde da mulher e criança, controle da hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, tuberculose e controle de endemias, principalmente dengue e leishmaniose.

Os conteúdos e as ações dos agentes podem ser classificadas em vários grupos. O primeiro são ações dirigidas ao meio e aos agentes e hospedeiros de doenças, com enfoque de prevenção e alcance coletivo, relatados, por exemplo, como “verificação dos quintais, ralos e tudo que acumula água” (ACS-3-PACS) e

“olha o cachorro e procura sinais de leishmaniose” (ACS-51-PACS). Nessas ações, o principal saber é a epidemiologia e tem como objeto a doença na população.

No segundo grupo estão as ações de prevenção de doenças, cujo objeto são os indivíduos, mas com alcance populacional, ou seja, o objetivo é a redução da morbimortalidade. Enquadram-se nesse grupo as ações dos programas de hipertensão arterial e diabetes, gestantes, crianças, tuberculose, hanseníase, vacinação e os exames de prevenção do câncer, e são exemplos as atividades assim relatadas: “orienta as mães sobre diarreia” (ACS-64-PSF), “verifica vacinação” (ACS-71-PSF) e “verifica retorno à consulta médica” (ACS-64-PSF). O saber utilizado pelos ACS é a educação em saúde.

O terceiro grupo compreende as ações com enfoque curativo, isto é, o controle de doenças. São dirigidas a indivíduos, geralmente adultos portadores de doenças crônicas como diabetes, e à detecção de acamados ou pessoas com necessidades de consulta domiciliar. Exemplos relatados: “conferir o cartão e verificar retorno à consulta médica” (ACS-71-PSF), “explica dos medicamentos disponíveis na unidade” (ACS-3-PACS), “separa a medicação em recipientes diferentes para facilitar que a moradora os tome [...]”. Só confia em mim para olhar as receitas” (ACS-29-PACS). Para essas medidas curativas, o principal saber é a clínica, e observamos que alguns agentes já acumularam um significativo conhecimento sobre esse assunto. No entanto, tal conteúdo não é atribuição do ACS, de forma que muitas vezes essa abordagem é superficial, repetitiva, sem enfoque individualizado e de resultado questionável.

O quarto grupo é o das ações que compreendem as orientações, com enfoque de fortalecer o vínculo com a UBS e conseqüentemente com os serviços de

saúde. Exemplos relatados: “orienta como fazer agendamento com o odontólogo” (ACS-64-PACS), “informa sobre os serviços da unidade” (ACS-7-PACS), “orienta sobre o cartão SUS” (ACS-24-PACS). Observamos que quando o agente conhece bem o trabalho e sabe argumentar sobre a importância de cada orientação, tais informações poderiam contribuir para uma mudança de comportamento e para uma atitude mais participativa do usuário em relação aos cuidados com sua saúde.

Verificamos que o trabalho no agente tem uma forte marca na prevenção de doenças, tanto com enfoque no ambiente e em coletividades quanto em indivíduos. Há também uma forte marca de ações de apoio à gerência, com a finalidade de garantir a credibilidade do programa e vinculá-lo à UBS, além de ações de caráter mais informativo. O ACS colabora também na obtenção de dados que irão subsidiar estudos epidemiológicos. Os saberes de que dispõe são quase que exclusivamente relativos à educação em saúde, uma tecnologia complexa, segundo Mendes Gonçalves (1994), devido à variedade de temas que precisam ser conhecidos e à necessidade de habilidades de comunicação. No entanto, foram identificadas somente poucas ações de promoção de saúde, como destino do lixo e controle de zoonoses, provavelmente devido à ausência de projetos intersetoriais e o conseqüentemente pouco preparo do ACS nessa área. Enfim, há um evidente predomínio de ações baseadas na lógica das doenças, reiterando a concepção de saúde como combate aos riscos de doenças (já instaladas ou não), em vez de se ter como horizonte a qualidade de vida.

As falas dos agentes corroboram essa análise ao descreverem as prioridades das visitas:

Mas o trabalho é pra visitar todos, mas quando não tem condições, a gente prioriza. A gente prioriza as gestantes, a criança, o hipertenso e o diabético.

Porque esses aí tem que ser 100% de visita. Às vezes acontece de ter algum problema, alguma coisa. Então a gente tem que visitar. (ACS-48-PACS)

São apontados também enfoques ainda mais prioritários:

Tem quando a gente tem uma pessoa acamada, quando a gente tem uma gestante ou puerpério. [...] e vai visitar, porque a gente tem que fazer isso. Então, a gente já prioriza [...]. E aí a gente faz assim, tem muito disso também: a gente está fazendo a visita e o morador solicitar a sua visita pra tirar alguma dúvida, pedir uma informação ou de um atendimento do posto, se o médico está atendendo. Então, aí, a gente faz dessa maneira. A gente prioriza. (ACS-48-PACS)

Silva e Dalmaso (2002b) concluíram, em estudo sobre o trabalho do agente, que é possível identificar dois componentes em termos da proposta de atuação. O primeiro seria mais técnico, relacionado ao atendimento de indivíduos e famílias, na intervenção voltada à prevenção de agravos ou ao monitoramento de grupos ou problemas específicos. O outro, mais político, diz respeito não apenas à solidariedade e apoio aos desfavorecidos, mas à organização da sociedade por transformações dessas precárias condições. Verificamos que nas equipes observadas o perfil do ACS é predominantemente técnico.

9.5 ASPECTOS INTERACIONAIS

No trabalho do ACS há considerável envolvimento de elementos da comunicação, pois o objetivo é a educação em saúde.

Uma agente descreve suas atividades como caracterizadas pela mesma rotina repetitiva:

E essa é a rotina de sempre. Tudo o que eu faço você viu eu fazendo hoje. Eu faço todos os dias, toda semana, todo mês. E assim termina o mês,

entra o ano. E sempre a mesma coisa. Porque difere que cada família é cada família e cada caso é um caso. Mas sempre estou fazendo a mesma coisa. Sempre falando a mesma coisa, batendo na mesma tecla. (ACS-58-PSF)

Na análise das práticas de educação em saúde podem ser tomados como base dois modelos, cada um ocupando um extremo: o modelo tradicional e o dialógico. O primeiro, historicamente hegemônico, focaliza a doença e a intervenção curativa e pauta-se pelo referencial biologicista do processo saúde–doença, preconizando que a prevenção das doenças é alcançada primordialmente por mudanças nas atitudes e comportamentos individuais. O modelo dialógico trabalha com a perspectiva dos sujeitos na prática de saúde e se orienta por dois princípios: a necessidade de conhecer o indivíduo, suas crenças, hábitos e condições de vida e a de envolvê-lo nas ações, o que se contrapõe à imposição (Alves, 2005).

As falas dos agentes evidenciam várias características de ambos os modelos. Segundo um depoimento, para uma boa visita é importante que o agente esteja aberto à nova experiência, sem preconceitos e com disposição para lidar com cada situação de forma diferente:

Eu acho o seguinte: que pra fazer visita tem que desprover de tudo. Cada casa é um caso. Porque como a gente visita quase duzentas famílias — eu tenho oito anos trabalhando, eu conheço todos, todo mundo e os problemas de todo mundo ali —, quando eu entro em uma casa eu já sei todo o problema daquela casa. Então, a partir daquele momento que vou visitar, eu já sei como agir ali. Na outra casa já é diferente, como vou agir na outra casa. Não vou falar sempre as mesmas coisas em todos lugares. A gente está sempre mudando por causa dos problemas que a gente acha em cada residência. (ACS-16-PSF)

As explicações da agente sobre seu trabalho têm caráter híbrido, em que se sucedem o reconhecimento de que este é uma rotina repetitiva e a percepção de que cada visita oferece uma nova situação a ser trabalhada. Esse último aspecto

poderia ampliar a efetividade da abordagem, caso o agente estivesse melhor instrumentalizado para lidar com situações inéditas, com ganhos para a interação alcançada.

Outra ACS fala da importância de levar em conta os aspectos emocionais da pessoa visitada:

A gente sempre procura lidar e ver o lado emocional da pessoa. Então a gente tem que ter um certo, assim, cuidado para não ofender na maneira de falar. A gente não pode ser arrogante. A gente tem que agir com uma certa cautela, saber falar com a pessoa. (ACS-64-PSF)

Constata-se haver preocupação de não impor:

A pessoa tem bastante liberdade. Você logo vê se ele aceita ou não aceita. Se ele aceita, você fala. Porque eu sou assim: se o morador aceita, me dá oportunidade, eu falo tudo; se ele não dá, eu falo o básico e pronto, vou embora. Jamais eu vou saturar ele, jamais eu fazer ele ouvir o que ele não quer. Eu vou procurar conquistar ele aos poucos. [...] Eu procuro tratar meus moradores assim, sabe? De um jeito assim, porque a gente tem que impor respeito pra gente ser respeitado, e eu procuro tratar de uma maneira que eu gostaria de ser tratada. (ACS-48-PACS)

Os depoimentos acima mostram a preocupação dos agentes em não serem autoritários nas orientações, mas sim recorrerem ao diálogo. Relatam que uma importante postura é saber ouvir:

A gente observa bastante, procura, assim, deixar o morador bem à vontade. A gente vai perguntando e deixando ele, e aí se eu vejo algo diferente eu pergunto: “O que é isso? Por que que é isso? O que aconteceu?”. [...] Então eu procuro [...] observar e deixar o morador falar. Eu deixo ele à vontade. Às vezes a gente chega, ele está assim, dá bastante atenção; outros estão carentes de conversar, de desabafar, começa a falar, falar, falar, que às vezes até não é na saúde, é outras coisas, e que a gente tem que ouvir. Então a gente espera o momento certo e você vai entrando devagar e vai tentando. E eles têm [...] uma confiança, que eles chegam e contam pra gente, se já aconteceu qualquer coisa eles já falam. Então já está um

trabalho [...] bastante familiar. Eles acham, assim, uma confiança, uma credibilidade, que eles contam pra gente como que está acontecendo, o que aconteceu, o que deve fazer. (ACS-48-PACS)

Então, você tem um jogo de cintura, o jeito que você vai abordar o assunto, o jeito que você vai falar. Tem vez, eu uso um “humor” também, pra falar. Eu falei pra Dona Maria [designação genérica] lá, eu uso não bravo, adentrar a casa da pessoa dando ordem, achar que você é a tal, não. Não é por aí. Eu acho que não é por aí. Ou você entra humilde ou usando de humor pra poder conseguir as coisas. Mas tem colegas meus que acham que não é por aí. Acham que você tem que entrar como sargento e falar. (ACS-58-PSF)

Admitem, no entanto, que alguns agentes valorizam um estilo autoritário, pois nem sempre as mudanças de comportamento do usuário decorrem de uma conscientização, mas sim do estímulo externo advindo da repetição e insistência do agente:

Todo mês a gente passa e cria um vínculo pela repetição e nós orientamos e cobramos. “Mês que vem ela vai vir aqui e vai me perguntar de novo.” Se eu não fizer... Eu tenho que fazer às vezes as pessoas se conscientizar é pra saúde. Às vezes os outros fazem pra me agradar, eles fazem pra agradar a agente comunitária “porque ela vem, eu vou fazer”. [...] Porque a gente cobra a arrumação do quintal, limpeza. Então eles acabam tendo que fazer, porque pensam que vai passar todo mês, uns sim e outros não, porque já sabe que é bom pra saúde, é uma prevenção, entendem assim, e tem outros que não entendem, mas acaba fazendo porque sabe que todo mês a gente está fazendo visita, orientando e cobrando. Então não tem como não fazer, porque a gente vai todo mês. Não tem como não ir. (ACS-29-PACS)

“Estava esperando você chegar.” Já aconteceu esse caso de estarem te esperando para tirar aqueles vasilhames. A nossa obrigação não é essa. A nossa obrigação é educar e ensinar como que deve fazer, mas não que a gente tem que fazer. Só que tem uns casos que a gente é obrigado a fazer porque [o morador] não fez, porque eles deixam tudo aberto [recipientes que acumulam água]. (ACS-24-PACS)

Outro agente considera o tempo um importante elemento para uma boa condução do programa e percebe que se cria um vínculo com o morador:

O que melhora a visita mesmo é o tempo. A gente pode sentar, porque aí a pessoa vai pegando mais afinidade na próxima visita. Você falou alguma coisa que ela interessou, ela quer continuar aquele assunto ou quer tirar uma dúvida com você. Percebo que hoje em dia chego lá, parece que a pessoa já está me esperando: “Ah, eu quero perguntar lá do posto, porque vou lá fazer um exame. Eu quero saber como marca alguma coisa”, assim, e antigamente quando era uma coisa bem rápida, tudo estava bem. Quando chegar a próxima visita, só já me apontava aonde eu tinha que ir. Aí eu tentava falar: “Mas eu tenho que fazer umas perguntinhas pra senhora”. Aí ela respondia bem seco. A partir do momento que ela foi passando o tempo, ela foi conversando mais comigo, fui ficando mais tempo. Hoje vou fazer a visita, parece que a pessoa já está esperando. (ACS-8-PACS)

A fala a seguir mostra como o agente tem uma atitude ética e percebe a necessidade do outro:

Dá impressão, assim, que eu estou preocupado com o problema dela, e aí tem que passar a preocupação nossa com a pessoa, que ela é importante pra nós, entendeu? E ela é muito importante pra nós, então eu levo. Às vezes não é nem consulta, às vezes o paciente quer conversar com a gente, às vezes não quer nem remédio nem nada. O que vai resolver o problema dela é uma boa conversa, orientar, ajudar. (ACS-59-PSF)

Neste estudo constatou-se como a dimensão relacional é um importante aspecto do trabalho do agente, o que reforça a importância de que os conteúdos sobre comunicação, relações de ajuda e relações interpessoais sejam abordados nos cursos e nas reuniões de supervisão com a equipe.

Para outra agente, é importante dar continuidade ao atendimento às necessidades detectadas nas visitas anteriores:

Às vezes tem um problema, eu já vou com tudo certinho pra poder resolver. Se eu passo nesse mês, eu conversei. Se surge um problema, alguma

informação que o morador quer, eu não posso voltar lá no outro mês sem a solução, ou mesmo no outro dia. Quando falei e tenho que voltar lá com a resposta, então deixo tudo organizado. (ACS-29-PACS)

Nem sempre, porém, o agente consegue encontrar soluções, e desabafa:

Seria o privilégio você ir à casa da família, detectar o problema, chegar no PSF e poder resolver pra dar um parecer pra aquela família. Isso seria muito importante. [...] Quando ele chega naquele dia, na casa daquela família, aquela família despeja tudo em cima dele. Então eu acho que é isso aí: se a gente pudesse resolver a metade dos problemas da comunidade ali... (ACS-58-PSF)

- *Mais uma visita e ouvimos todas as reclamações dos usuários sobre o atendimento nas unidades de saúde e hospitais. O agente é um pára-choque que sofre as pancadas do sistema de saúde deficiente, pouco integrado e pouco resolutivo. (Registro de observação, PSF 4)*

Os agentes detectam necessidades, orientam e, se preciso, fazem encaminhamentos, mas ficam decepcionados quando vêem que os problemas não foram solucionados. Nesse contato direto com os moradores, o agente atua como anteparo para problemas cujas causas muitas vezes estão nas precárias condições de vida.

Na visão dos ACS, seu papel é repassar informações, transmitir conhecimentos e obter maior adesão ao tratamento de doenças crônicas, à vacinação e a hábitos de vida saudáveis. No entanto, nem sempre é isso o que os moradores esperam do agente, e o não-atendimento a expectativas gera descontentamento. Quanto a isso, um ACS descreve:

Tem pessoas que acha que você está pra marcar consulta, pra dar remédio: “Ah, eu preciso de dipirona, eu preciso daquilo”. E não dá valor realmente pro trabalho do agente. Tem pessoas abusadas, que quer diclofenaco, dipirona. [Já] O lixo... aquela bagunça. (ACS-24-PACS)

Outra agente formula uma sugestão:

Eu acho o que podia melhorar é ter menos família. Tem demais. É muita família e a gente tem que dar conta de todas as famílias. No mês sempre ficam algumas famílias sem visitar. Eu já estou com quase duzentas famílias e o serviço que a gente faz não está assim tão de qualidade, bem certinho como tem que ser, demorar mais tempo na casa, porque é tudo muito corrido: tem gestante, tem hipertenso que você tem que visitar, todo mês. Dando ou não dando conta para visitar. Você tem que ir. São prioridades na área da gente. Tem muita gente. Às vezes a gente vê que já está no final do mês e não está dando para visitar. (ACS-16-PSF)

Uma ACS fala sobre como esse trabalho também pode trazer satisfação:

Olha, eu gosto do meu trabalho. Eu sempre falo isso. Sempre tem um ponto bom e um ponto ruim, mas no geral eu gosto. Eu sempre gostei de trabalhar com pessoas, eu me sinto bem trabalhando com pessoas. Eu me sinto bem principalmente quando a gente tem alguma coisa pra falar pra pessoa. Às vezes a pessoa quer desabafar, quer te passar os problemas dela. Todo mundo sempre tem alguma coisa para passar e todo mundo precisa de uma orientação. Muita das coisas eu não sei tudo, mas as coisas que eu não sei eu sempre procuro perguntar pra quem sabe pra poder passar pra pessoa de volta, mas eu me sinto bem, eu gosto de fazer o meu trabalho. (ACS-64-PSF)

A necessidade de esforço além da capacidade é, porém, também apontada:

Às vezes estou com problema sério. Às vezes eu me deparo com a comunidade louca por informação e outras coisas. A gente tem que esquecer a gente. Então é assim. (ACS-29-PACS)

Martines e Chaves (2007) pesquisaram as vulnerabilidades e o sofrimento descritos pelos ACS no cotidiano do trabalho em equipes de saúde da família em São Paulo. A análise evidenciou que o trabalho do agente é terreno fértil para conflitos internos, sobretudo pela ambigüidade vivenciada do confronto com a realidade. Há cobrança interna e externa para o atendimento das expectativas, tanto reais quanto idealizadas, da comunidade, do próprio agente e da equipe. As autoras

complementam que os sentimentos de cansaço, frustração e ansiedade são reflexos das dificuldades em lidar com o tempo, o excesso de tarefas e o pouco tempo disponível para privacidade familiar e descanso. Acrescentam que o processo de trabalho fez com que o ACS deslocasse para si — e a comunidade deslocasse para o ACS (duplo deslocamento, portanto) — a responsabilidade em dar respostas ao usuário com vistas a sustentar o princípio de assistência integral que tanto é divulgado pelo PSF. Há portanto uma transferência indevida da responsabilidade sobre as limitações da resolatividade do PSF.

Um agente relata sobre o estresse sofrido no trabalho:

Que o serviço da gente não é moleza. É muito estressante. O ano passado eu estava perdendo a minha família, porque é muito estressante. Porque você vai numa casa, é um problema; vai na outra, é problema; às vezes você se apega ao problema dos outros. Por mais que você não queira, você é ser humano, você se apega ao problema dos outros. E às vezes você não consegue resolver um problema, que lá exige muito de você, porque é assim: se você não conseguir resolver, fica difícil pra caramba. Tem que resolver aquele problema. Eu faço a visita, eu quero resolver. Tenho que resolver. E às vezes eu não consigo resolver porque nada é fácil, e eu fico muito triste, e a gente vai guardando isso. (ACS-59-PSF)

O depoimento denota aspectos de sofrimento no trabalho, com repercussões na saúde do agente. Quer percebendo-se como herói ou como saco de pancadas, o ACS, ao não ver soluções às necessidades que detecta, pode tender a se isolar, com prejuízo para o trabalho e a saúde.

9.6 DETECÇÃO DE DEMANDAS, ENCAMINHAMENTOS E SOLICITAÇÕES DE VISITAS DOMICILIARES

Detectar demandas é algo inerente ao trabalho dos ACS, pois ao entrarem em contato com os moradores, identificam situações que avaliam e analisam

segundo as orientações que receberam, sendo nisso também influenciados por sua experiência e conceitos:

E o trabalho do agente é uma ligação entre o posto e a população, [...] de verificar pra eles, passar todas as informações sobre os serviços de saúde. Então a gente é um facilitador dessa comunicação da população e o posto de saúde, e fazer os acompanhamentos do que necessita. Tem os acamados, que necessitam de visita, de acompanhamento mais de perto em situação de risco. (ACS-64-PSF)

Depois que surgiu o agente comunitário, tudo melhorou, porque nós passamos, nós estamos ali no dia-a-dia orientando, falando como que é, ver se precisa de alguma coisa. A gente está vendo, está encaminhando, falando com o supervisor, com a enfermeira. (ACS-29-PACS)

O agente comunitário está ali no dia-a-dia. E bom é que você descobre, tudo vem na sua mão: é um problema de saúde, é alguma coisa que você tem que encaminhar. Então o posto não vem até eles; nós que vamos dia a dia até eles. E então, conforme a visita, nós vamos descobrindo as coisas; vai orientando e vai encaminhando. (ACS-29-PACS)

Os ACS são os profissionais que detectam a necessidade de visitas a serem realizadas por outros profissionais. No PACS, solicitam visitas do enfermeiro e eventualmente do gerente; no PSF, do enfermeiro, do médico, do auxiliar de enfermagem, do assistente social e eventualmente do odontólogo ou mesmo do gerente. O Quadro 9.1 exemplifica algumas solicitações de visitas a serem empreendidas por outros profissionais da equipe.

Quadro 9.1. Situações detectadas por ACS e que resultaram em solicitações de visita domiciliar a outro profissional.

- *Esses que estão muito ruim, que está acamado, a gente informa o enfermeiro. O enfermeiro vai lá, visita. (ACS-3-PACS)*
- *Em questão de óbito, em questão de nascimento, ele vai, eu chamo ele, já chamei muitas vezes. Em questão de pessoas acamados, ele vai. Em questão, nesse caso particular da senhora, a deficiente visual também, mas ele foi por causa da ferida, que eu suspeitei que era câncer. Daí outra situação é a vacinação: ele vacina as pessoas que são impossibilitadas de ir. Tem vários casos, já foi muitas vezes. (ACS-7-PACS)*
- *Aí depois, no prazo de três dias, eu volto lá para ver se a criança foi vacinada. Se não foi, eu volto, eu aviso a minha supervisora, que ela vai lá. (ACS-16-PSF)*
- *Então é muito bom também quando a gente passa esses problemas e consegue solucioná-los, ou levando a doutora ou a enfermeira. Que nem dia 19, dia de reunião dos hipertensos: um homem quebrou a perna lá na minha área, a mulher estava doidinha, queria que alguém fosse lá olhar os pontos, fazer os procedimentos de fazer o curativo. Eu pedi pra [nome da enfermeira] ir lá, ela foi, a mulher ficou muito agradecida porque estava desorientada. Então eu fico muito feliz quando encontro problema e consigo resolver esse problema. (ACS-59-PSF)*
- *O agente é justamente pra isso: pra passar as prioridades. No caso do acamado, a pessoa não tem como vir, eu acho acompanhamento, ou, no caso, uma família mais resistente. Por exemplo, mulheres que não querem trazer as crianças pra vacinar. A presença dela lá é para reforçar tudo aquilo que a gente falou sobre vacina, da importância de se vacinar, a importância de fazer o tratamento da hipertensão, que tem hipertenso que é mais resistente. Então é importante fazer isso nesses casos. (ACS-64-PSF)*
- *Uma moradora nova veio pra minha área e ela tem uma úlcera na perna e ela é hipertensa. E quando acontece isso aí, ela tem dificuldade de andar. Então eu chego lá, converso com o médico, falo: “Olha, doutor, a paciente está assim e assim, ela não tem condições de vir até a unidade”. Aí a gente tem um livro de visitas. A gente coloca o nome do paciente e o endereço. Aí o médico, dentro do possível, ele visita. (ACS-71-PSF)*
- *O senhor permanece na cadeira, tem hemiplegia, a mulher fala dos remédios. A ACS comunica que vai pedir para a doutora passar. (Registro de observação, PSF 2)*

Os agentes também detectam problemas que encaminham à unidade:

Ali, se estiver de baixo peso a gente encaminha pra [nome da enfermeira] pra poder cadastrar no programa do leite até dois anos ou um ano de programa. (ACS-24-PACS)

É esquematizado: na casa que tem criança de zero a cinco anos, a primeira coisa que a gente faz é pedir a carteirinha de vacina, ver se está tudo em dia, [...] se tiver também com a vacina atrasada, encaminha pro posto pra vacinar. (ACS-16-PSF)

Estava, assim, começando aquele negócio da leishmaniose. Aí eu fiz o encaminhamento e mandei pra enfermeira, pro posto. Que a gente tem um dia que a enfermeira atende os casos da gente. Aí eu mandei pra lá, [...] a médica já atendeu e de lá mesmo já mandou pro hospital, porque já era suspeita de leishmaniose, e era mesmo. (ACS-48-PACS)

Nota-se que há um predomínio de causas clínicas para as solicitações de visitas a serem empreendidas por profissionais de nível superior, reiterando a já conhecida divisão de trabalho na saúde, em que a prática clínica é mais valorizada que a prevenção.

A fim de assegurar o andamento dos pedidos, vários agentes informaram preferir que, em todos os casos de encaminhamento a visitas ou a atendimentos na unidade de saúde, a solicitação seja feita por escrito e protocolada:

Uma dúvida, ou que a pessoa quer uma resposta, eu anoto. Depois eu passo pra enfermeira. [...] Ou a pessoa está com suspeita de gravidez, eu dou o encaminhamento, a gente tem um encaminhamento pra ela vir aqui, passar pela enfermeira, pra pegar o pedido de teste de gravidez. (ACS-64-PSF)

Essa fala reforça que os agentes comunitários querem estar a par da conduta adotada em cada caso que encaminham, por se tratar de captação de uma clientela excluída ou pelo menos com dificuldades de acesso. O interesse evidencia envolvimento do agente, mas este por vezes acaba fazendo desempenhando um papel mais propriamente administrativo, de agendamento e confirmação do atendimento. Além disso, a maior valorização dos casos que necessitam de tratamento clínico pode influenciar a ação do agente, direcionando-a a um pólo mais clínico do trabalho.

Tomaz (2002) explica que por falta de uma clara delimitação de suas atribuições ocorrem distorções no papel do ACS e este acaba sendo muitas vezes sobrecarregado. Para qualquer ação que precise ser desenvolvida nas famílias e comunidade, convoca-se o agente: ver quais crianças estão fora da escola, inteirar-se de reclamações de vizinhos e outras situações, dos mais diversos tipos, tornam-se responsabilidade do ACS. Segundo o autor, isso poderia advir do processo

inadequado de qualificação, composto de diversos microtreinamentos fragmentados, ministrados por diversos programas, sem sequência lógica e por vezes desprovidas de contexto.

9.7 REGISTRO E AVALIAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

Como já exposto, a condução do PACS, PSF e PNCD requer um conjunto de registros destinados a acompanhamento, monitoramento e avaliação dos programas.

O Apêndice J traz os impressos referentes ao SIAB e ao PNCD utilizados pelos agentes, e outros específicos da SESAU ou das equipes estudadas. Todos esses impressos estão de alguma forma relacionados com a visita domiciliar.

Os inícios da manhã e da tarde não são suficientes para o preenchimento desses documentos, e muitos agentes relatam que precisam dedicar-se a isso em casa, em horários de folga. Os depoimentos a seguir ilustram como essa atividade é feita pelos ACS:

Você tem uma hora, mas uma hora passa tão rápido, porque você pegar ficha por ficha... [...] se choveu, você tem que colocar e justificar; quando você tem menos de dez visitas, você tem que justificar também; por que atrasou as visitas, o que você fez, o que aconteceu. [...] Uma baixa produtividade, o que aconteceu, [...] então, eu deixo pra fazer no final da semana tudo. (ACS-48-PACS)

Depois que acabei tudo, deu meu horário de visita. Acabou o horário, acabou o expediente. [...] Aí, chego em casa, tem que dar uma passada, porque se vi criança vou preparar a ficha D, preparar o relatório mensal. Faço tudo isso no [mesmo] dia, à noite. Gosto de fazer geralmente à noite. Depois que termino toda a programação de todas as visitas, a ficha D, diária, coloca a data e quantas visitas você fez. No final, eu já calculo quantas visitas eu fiz de residência e marco em baixo, e a ficha de relatório

mensal é se você fez criança, se passou na casa de diabético, hipertenso. Então, já faço tudo, deixo marcado com palitinho [traços horizontais e verticais]. Eu faço com palitinho porque é por semana, primeira, segunda, terceira e quarta semana; eu vou marcando com palitinho quadradinho. Depois apago e coloco o número certo, e é só. Deixo separado a ficha. Gosto de preparar tudo no dia. Se deixar pra última hora, você não dá conta e o pessoal não lembra. O BOL [boletim de produtividade] faço à noite, diário, porque vejo quantas famílias que eu passei, com quem eu conversei e já anoto no BOL o nome, a data e o número do prontuário. O número da família, os números dos prontuários que você fez e o horário que você entrou pra conversar com a família e a data que você passou. (ACS-3-PACS)

As falas demonstram como o registro nas fichas requer tempo e dedicação, o que é assim sumarizado por outra agente:

[...] trabalho é a visita e a papelada é a chave do serviço. (ACS-64-PSF)

Ela complementa:

É muito papel. Isso toma muito tempo. Você senta, está conversando, mas você já está pensando nos papéis, você já está escrevendo, é muito papel. Eu acho que tem que diminuir o número das fichas pra se preencher, pra gente ter mais tempo de dar atenção à família, escutar o que a família tem pra falar. Não que a gente não escuta; a gente escuta, mas o tempo às vezes é muito pouco e muito curto, o tempo da visita, e a gente tem o número de família para visitar. Então é complicado. Eu acho que tem que diminuir essa quantidade de burocracia pra se melhorar a qualidade das visitas e diminuir os números de papéis. (ACS-64-PSF)

Segundo a agente, a enfermeira também passa muito tempo envolvida com fichas e relatórios, e isso repercute na disponibilidade desse profissional e no trabalho em equipe:

Se eu tenho isso, imagina ela [referindo-se à enfermeira], que tem que corrigir todos esses relatórios, tem que olhar um por um, de sete agentes, passar tudo pro condensado dela... É muito papel. [...] E era importante se a enfermeira também tivesse mais tempo. [...] Às vezes, a equipe fica dispersa por causa disso. Ela tem muita coisa pra cuidar e acaba não tendo

tempo pra fazer esse acompanhamento mais de perto, às vezes. Ela é supervisora, mas tem muito relatório, ela tem que atender as pessoas, ela tem que preencher todos esses relatórios. Ela também tem um acúmulo (ACS-64-PSF)

Os entrevistados também expressam preocupação com a avaliação e o acompanhamento exclusivamente numérico da produtividade, sem que a qualidade seja avaliada:

Tem que ter qualidade de visita. Não é ter produção; é qualidade na visita. (ACS-24-PACS)

- *Eu vi como a enfermeira tem um zelo todo especial com as informações de sua área. Acompanhei um dia de fechamento dos dados mensais que ela realiza em forma de reunião com todos os ACS em uma sala. No momento de fechamento dos dados [consolidação de cada agente] ela é muito detalhista, cria um clima de trabalho muito amigável com os agentes, organizando a acomodação para todos, e chama um por um dos agentes. Verifica o número de famílias, número das pessoas e total de visitas realizadas e faz os cálculos. Ela monitora isso mês a mês, de cada agente. Depois solicita que cada agente lhe passe os dados para a SSA2 [consolidado mensal por equipe] e solicita maior número de informações sobre aleitamento materno, gravidez e percentual de gravidez na adolescência, realização de preventivo e outros. Nos casos de internação, lê o relatório preenchido pelo agente e complementa com informações do prontuário eletrônico. [...] uma ACS falou que havia um caso de tuberculose em sua microárea que faz tratamento em um centro de referência. Ela interrompeu as atividades e foi pesquisar sobre a paciente no sistema informatizado de prontuários, saber onde mora, com quais pessoas, e investigar para saber se é alguém que ela já conhece. Recorda que é de uma família em que já houve um caso. Depois buscou informações detalhadas e de forma retrospectiva no computador sobre as suas consultas e atendimentos nas unidades, e viu que ela retira medicação no CEM [centro de referência municipal] e que já foi atendido em vários 24 Horas [unidades de pronto atendimento]. Conclui que esta paciente não residia na sua área e*

que não tem residência fixa. Fala que isto é um problema sério, pois a abordagem do PSF não engloba, ou pelo menos não favorece, este tipo de população itinerante. Foi um trabalho muito interessante, ela é muito detalhista e tem uma ótima organização do trabalho. (Registro de observação, PSF 6)

Esse relato revela como uma atividade vista por muitos como burocrática pode ser transformada em trabalho em equipe, com finalidades educativas e de integração de saberes.

Os depoimentos a seguir demonstram que, com o tempo e as ações realizadas, o trabalho dos ACS passa a ser mais valorizado e reconhecido:

No começo eles achavam que nós marcávamos consulta, que nós levávamos remédio, que nós fazíamos tudo por eles. Não é assim. E teve muitos que disseram: “Eles não fazem nada. Só ficam andando”. Outros falam: “Eu queria um serviço desse”. E muitos hoje estão aqui trabalhando, muitos que falou está aqui trabalhando: “Puxa vida, eu não sabia que era tão difícil assim, sabe?”. Porque tem bastante trabalho burocrático, bastante papel, e se a gente não se organizar mesmo assim, a gente nunca deixa de fazer serviço em casa. (ACS-48-PACS)

O acúmulo de atividades administrativas para fins de avaliação e análises epidemiológicas, como cadastro, preenchimento de fichas, elaboração de relatórios e cumprimento de metas numéricas, pode, segundo Silva e Dalmaso (2002a), fazer com que a visita, em vez de atividade-fim, seja percebida por aquele que a executa como uma atividade-meio, e, quando sem retorno e conhecimento de sua finalidade, se tornar uma visita sem sentido tecnológico.

9.8 “AH, EU NÃO POSSO ATENDER AGORA”: LIDANDO COM AS RECUSAS

Como já exposto, os ACS dão grande importância à primeira visita a uma residência, uma vez que nessa interação inicial é que muitas vezes se concretiza a anuência dos moradores para o trabalho que se seguirá.

No PACS e PSF, o agente se dirige às residências sem comunicação prévia aos moradores, sendo que as interações estabelecidas pelos ACS adquirem importância redobrada. Há casos de recusa do morador.

- *Nas conversas informais os agentes comentam entre si e falam sobre as visitas realizadas e às vezes alguns relatam que tiveram recusa. A impressão que tive é que a recusa é vista como um insucesso no trabalho, mas o motivo é atribuído ao morador. Porém, quando o mesmo agente tem várias recusas, o seu trabalho começa a ser questionado. (Registro de observação, PACS 1)*

Encontramos várias situações que puderam ser classificadas como recusas.

Uma usuária relata que não aceita a visita da ACS:

Olha, da agente comunitária eu recusei por causa que é da família, e porque é da família da parte do meu esposo. Então teve vários, teve muitos problemas aí, e eu tive que afastar. (U-60-PSF)

Como um dos critérios de seleção dos ACS é a residência na própria área em que trabalha (Brasil, 2002f), muitas vezes há vínculos familiares e círculos de amizade prévios, assim como desentendimentos familiares ou entre vizinhos, que podem interferir no trabalho.

Em 2005 houve mudança nos critérios de contratação, deixando-se de exigir que o ACS residisse na microárea atendida, mantendo-se porém, a de que morasse

na mesma área. Isso tornou possível substituir agentes de microáreas específicas, ou designar outro para fazer visitas a determinadas residências, como explica a enfermeira:

Às vezes pode acontecer isso, então, ou aquele paciente fala: “Eu não quero mais que o agente passe aqui”. Hoje isso facilitou mais, porque antes o agente tinha que morar na própria microárea e hoje já não: pode morar na região, na área. Se realmente houver essa recusa, eu posso sugerir estar mandando outro agente fazer aquela residência. Isso ficou mais maleável, porque o problema dele morar na própria microárea exigia que ele morasse pelo menos dois anos. Então pode haver briga entre vizinho, discussão, “porque ele mora ali, tem esse problema” e teve gente: “Agora que ele passou a ser agente, eu não quero ele na minha casa”. Antigamente tinha muito disso; agora não tem tanto, mas os casos que eu tive, eles assinavam um termo de recusa da visita [impresso encaminhado ao enfermeiro, com dados sobre o morador e assinatura deste], e agora, se eu tiver, eu posso designar outro agente para estar fazendo essa visita. (E-34-PSF)

A assinatura do termo de recusa se coaduna com o respeito à decisão individual do morador, embora às vezes seja também utilizada como forma de pressão, pois o morador pode sentir-se intimidado e temer que não receba atendimento na unidade, permitindo por fim a realização da visita.

- *Um agente falou que às vezes, ao mencionar o termo de recusa que precisa ser assinado pelo morador, obtém permissão para fazer a visita, e passa a ter um instrumento de pressão. No entanto, a finalidade do documento é servir como um respaldo legal do programa. (Registro de observação, PACS 1)*

Segundo os agentes, lidar com as recusas é muito difícil:

Já aconteceu um fato, e até hoje, assim, eu não consegui quebrar. É muito difícil. A senhora nunca ela pode me atender. Ela vem e vê: se é roupa azul, ela não abre a porta. Então, é constrangedor. (ACS-48-PACS)

Já tive essa mulher que foi na porta, que jogou água em mim, que foi bastante ruim. (ACS-24-PACS)

Outra situação de recusa é a de pessoas que dispõem de convênio médico privado:

Nós fomos e não entramos, nem no portão pra dentro. A pessoa falou: “Tenho Unimed. Eu não preciso de vocês. Não procuro posto. Aí eu tentei explicar que ela poderia precisar do posto para fazer uma vacina, pegar uma medicação, só uma consulta para ter uma orientação. Ela falou: “Não preciso. Não quero”. Então, recusa em receber o ACS. (E- 17-PSF)

Dutra (2007) analisou a recusa de adesão ao PSF em Juiz de Fora, geralmente por pessoas com situação econômica mais favorável. A partir de depoimentos, constatou haver uma discrepância nas interpretações de profissionais de saúde e de agentes quanto às razões da recusa, interpretações essas ancoradas no universo de valores de camadas médias (no caso dos profissionais) e das classes populares (no caso dos ACS). O autor sugere um trabalho conjunto da equipe, a fim de “conquistar” a população arredia e auxiliá-la a superar a idéia de que o PSF é um programa para a camada mais pobre.

Além da recusa, que seria a discordância formal da visita, os agentes relatam exemplos de resistência:

Porque é chato você ir na casa da pessoa e a pessoa fala: “Volta três horas”. Eu também tenho uma casa que era assim, [...] eu ia lá três horas: “Ah, eu tô com sono. Volta aqui amanhã lá pelas três horas de novo”. Aí eu ia lá às três horas. “Ah, eu não posso te atender agora porque tô ocupada. Volta depois de amanhã, ou vem na parte da manhã”. Isso aconteceu de eu ir na casa da mulher uma cinco vezes. Isso eu acho superchato, porque você, a pessoa não quer é atender mesmo, fica me enrolando, mas eu vou, vou continuando indo. (ACS-3-PACS)

No caso relatado, não havia recusa expressa verbalmente pela moradora, mas esta não demonstrava disposição para colaborar definindo um horário. Em tais situações, cria-se um clima de desconfiança, que traz insegurança ao agente.

Os ACS relatam também situações em que, embora recebam permissão para entrar no quintal, não percebem uma atitude de colaboração:

Ela falou pra mim nesse dia. “Minha vida particular não te interessa”. Me cortou de vez, então não tive situação pra falar. Aí eu fui falar, ela: “Não, isso aí já sei”. Sobre a leishmaniose, que ela tem um cachorro. “Ah, já sei”. Aí fui, falei das plantas: “Olha, não pode”, porque estava juntando folhas no pé da planta pra adubo, diz que é bom. [...] Tudo bem, deixei um folhetinho, e assim eu venho levando essa pessoa. [...] Às vezes tem crianças, a pessoa não quer que você..., fala que não tem a carteirinha, que esqueceu na casa da avó em outra cidade. A gente percebe que não é verdade e aos poucos, bem aos poucos mesmo, a gente consegue convencer a pessoa, até que um dia ela facilita, dá a carteirinha. (ACS-8-PACS)

Os exemplos de recusa e resistência merecem ser analisados no conjunto do processo de trabalho do ACS, pois ao fazer a visita este adota uma abordagem de convencimento fundamentada em seu conhecimento e em seus valores. Tal abordagem pode tomar a forma de brincadeiras para quebrar o gelo ou a oferta de algum atendimento disponível na unidade. Procede-se, com isso, a uma relação de troca, mesmo que informal: permissão para entrar em troca de atendimento na UBS. A permissão para entrar e a negociação das necessidades estão, porém, condicionadas à oferta de serviços. Além disso, tal prática reitera e reflete a concepção de que o atendimento clínico, por estar menos disponível, é superior às medidas preventivas.

Reconhecemos que a visita domiciliar ocorre em um espaço ao mesmo tempo público e privado, cujos limites são muito tênues, mesclando os sentidos de

intromissão e direito ao espaço individual. Como relatado por Nunes *et al.* (2002), a rejeição ao trabalho do ACS transcorre em situações de conflitos de interpretação e de poder entre agentes e usuários, podendo se manifestar como indiferença à visita, abdicação dos serviços oferecidos pela unidade ou total recusa à visita.

Reciprocidade, troca e responsabilização constituem uma temática bastante ampla, com raízes na história das sociedades, mas o que nos chama atenção é a ênfase dada, nas visitas domiciliares, à saúde como um objeto e como uma condição que decorre principalmente da responsabilidade de cada indivíduo. Não observamos um movimento significativo em direção a aspectos de saúde mais sociais, coletivos e participativos.

A educação em saúde voltada à prevenção de doenças é uma prática muito complexa e as justificativas para sua implementação nem sempre são imediatamente apreensíveis pela população, dificultando o trabalho dos agentes. Alves (2005) sugere que as ações educativas deveriam ser desenvolvidas por todos os profissionais em seus contatos com indivíduos sadios ou doentes. A prática educativa no PSF não ficaria necessariamente restrita a um só espaço, limitada a dois ou três profissionais mais envolvidos, mas deveria ser amplamente realizada em espaços formais, na forma de educação em saúde, e informais, na de consulta médica e na residência da família.

Além disso, vimos que o trabalho do agente apresenta uma série de fragilidades, desde estruturais, como transporte e segurança, até outras relacionadas às condições de trabalho e às características das pessoas visitadas, o que interfere no desenvolvimento satisfatório das visitas.

Quanto a isso, Nunes *et al.* (2002) reconhecem haver grande expectativa depositada na participação do ACS, que às vezes se vê, no entanto, “em um verdadeiro ‘fogo cruzado’ onde demandas às vezes paradoxais se sobrepõem”. Se por um lado a comunidade o inscreve em uma demanda do tipo predominantemente pessoal, por outro a equipe espera dele uma prática mais técnica e pedagógica.

Silva e Dalmaso (2002a), analisando o perfil do ACS, não percebem uniformidade, pois constatam que em determinados momentos do trabalho que este empreende — e dependendo das condições objetivas em que o realiza e de suas concepções sobre seu próprio trabalho, sobre sua identidade e sobre as organizações envolvidas — o perfil pode pender mais para o da instituição que representa ou mais para o da comunidade. O ACS permanece portanto, em constante movimento entre dois pólos — instituição e comunidade — e a transição entre ambos não é fácil, ficando o agente, de modo formal ou informal, encarregado de criar essa transição, para o que recebe apenas algumas ferramentas de treinamento. Requer-se que ele não somente dê conta de lidar com deficiências da instituição que representa e de defender os interesses desta, mas também de estar ao lado da comunidade, respaldando seus integrantes e levando seus problemas à UBS, em busca de soluções.

Os aspectos aqui discutidos não podem, no entanto, ser vistos como impeditivos dos programas de atenção básica, mas sim como questões desafiadoras que pedem reflexão sobre a educação e o trabalho em saúde.

9.9 LIMITES ENTRE CARIDADE E DIREITOS

Nos dias de observação e nas entrevistas, deparamos com a pronunciada pobreza e as precárias condições de vida de algumas famílias.

- *O contato com a pobreza poderia ser um subtítulo desta pesquisa, pois é algo que coloca em cheque qualquer proposta da saúde. Os profissionais sentem isso e, quando falamos em visita domiciliar com eles, às vezes dizem: “Vou levar você para uma casa que é ‘triste’ [referindo-se à sujeira, fome, miséria]”. Em várias visitas vi que não havia nenhum tipo de alimento na casa, assim como não havia acomodação para dormir. (Registro de observação, PSF 2, 4 e 6)*

Nas entrevistas, os agentes de saúde relataram casos como o de uma de uma senhora em cadeira de rodas e com miíase no couro cabeludo:

Você entendeu? Então são situações assim. Como é que você vai dormir pensando naquela pessoa? Na cadeira de roda, como é que dormia com aqueles bichos na cabeça? [...] É muito triste. (ACS-59-PSF)

Os agentes identificam as necessidades e se prontificam a ajudar:

Na quinta-feira eu fui numa casa que a mulher não tinha nada pra comer, nada. Tinha três crianças do primeiro casamento do marido dela e uma dela, e ela não tinha nada para colocar numa panela. Eu perguntei pra ela se não tinha uma forma de ajudar ela; posso arrecadar alimentos nas casas que eu visito [...]. Eu fiz tipo um ofício e dei pra ela assinar. [...] escrevi: “Eu, o RG [registro da carteira de identidade] dela, estou precisando de uma ajuda”, coloquei que ela tem quatro crianças, está precisando de uma ajuda na parte de alimentação e ela agradecia. Aí eu pedi na volta da casa dela e foram dando arroz, macarrão, óleo, feijão, bastante coisa, e aí eu colocava o nome das pessoas que estavam doando, fazia ele assinar e na frente colocava o item que ele deu e na hora conferia com ela tudo que eles tinham dado. (ACS-16-PSF)

Nós conseguimos um sacolão durante um determinado tempo. Nós conseguimos particular mesmo. [...] a gente mesmo juntava um dinheiro

pra comprar remédio, a [nome da enfermeira] trazia alimentos e roupas de crianças para ajudar, a enfermeira [nome] me ajudou muito. [...] e eu saía pedindo colchão pra um e pra outro. (ACS-24-PACS)

Frente às dificuldades de uma família, os agentes mobilizam suas forças para pedir auxílio:

Vou ter que fazer uma coisa. Já sei: cadê a minha comunidade? Vou bater de porta em porta. Aí conversei com a vizinha pedindo autorização pra pedir ajuda à comunidade, pra não ter problema. Aí ela autorizou e agradeceu. [...] Quanto mais eu poder fazer, e eu não tenho vergonha, eu peço. Eu fico realizada quando posso ajudar. (ACS-24-PACS)

Um dia eu dei um dinheiro pra ela [...] para poder comprar o leite dos bebês lá, e fico constrangida nessas visitas, porque eles esperam tanto do agente comunitário. Sei que não posso fazer nada. (ACS-29-PACS)

Os depoimentos evidenciam as condições de extrema pobreza das famílias e o esforço de agentes em recorrer a colegas de trabalho e vizinhos em busca de soluções que não dependam do poder público, já que estas não estão, via de regra, disponíveis. As carências encontradas, portanto, ao invés de ações políticas dirigidas à efetiva garantia de direitos sociais, geram ações de solidariedade individual da ordem da caridade.

Silva e Dalmaso (2002a) assinalam que, frente a situações de carência de diversas ordens (social, afetiva, de informação) e à ênfase do programa nas ações de vigilância de saúde, o trabalho do agente acaba por ser reconhecido como de assistência social, quase caritativo, com base na própria experiência de vida.

Tal realidade pode ser também justificada pela ainda insuficiente integração entre a atenção básica e as instâncias intersetoriais. Como já descrevemos na caracterização das equipes, neste estudo identificamos algumas iniciativas de intersetorialidade (projeto de melhorias sanitárias, controle de zoonoses), mas, frente

às muitas situações de pobreza e miséria encontradas, aquilo que chega a ser feito é insuficiente e não vem acompanhado de visibilidade quanto à forma de acesso a esses recursos, não havendo conseqüentemente incorporação como saber necessário para o trabalho dos ACS e da equipe.

Não obstante, reconhecemos a importância da visita domiciliar como uma maneira rápida de identificar necessidades e realizar intervenções, embora inexista ainda uma estrutura de retaguarda que concretize a real transformação das condições de vida. Na ausência desta, cristaliza-se a concepção de que o PSF e PACS são propostas pontuais, voltadas a uma gama desconexa de problemas e com reduzido impacto na qualidade de vida da população e na cidadania.

CAPÍTULO 10

A VISITA DOMICILIAR DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR E MÉDIO

Neste capítulo abordaremos de forma mais específica as visitas realizadas pelos demais profissionais das equipes. Nosso propósito é compreender o trabalho dos profissionais levando em conta suas opiniões e a utilização de instrumentos e saberes. Apresentaremos inicialmente algumas particularidades das visitas de cada categoria profissional e as dificuldades por eles vivenciadas, por evidenciarem as tensões presentes nesse processo.

10.1 VISITA DOMICILIAR DO ENFERMEIRO

Os enfermeiros relatam que suas visitas geralmente apresentam enfoques específicos, segundo o motivo da solicitação.

Uma enfermeira discorre sobre uma visita domiciliar em que foi acompanhada pela pesquisadora. O morador era um senhor com diabetes *mellitus* em período pós-operatório de amputação de dedos dos pés:

Essa visita é assim: sempre eu já vou pra algum objetivo. Então, assim, a visita minha, quando eu chego, já vou direto ao ponto do que eu vou fazer. [...] Então ela [a senhora que recebeu a enfermeira na porta] já me conhecia [...]. Só que eu não parei pra falar do marido, se tinha crianças na casa. [...] Tem um objetivo “x” de estar indo lá vendo o curativo do Sr. [nome do irmão da moradora], [...] igual a gente fez. Você pode ver que eu direcionei toda a visita só pra ele. Esse é um tipo de visita que a gente faz só pra isso. (E-45-PACS)

Embora a visita possua objetivo pré-definido, este pode ser alterado no transcorrer da atividade, caso o profissional tenha sua atenção chamada para outro aspecto que requeira intervenção.

Um paciente deficiente... uma criança..., já bate no meu olho e já olho o baixo peso. Tem essas coisas de você chegar — tem que ter o olho de enfermeira —, chega ali, você já visualiza: tem alguma coisa tipo, assim, tem uma fossa, um cachorro com leishmaniose. É evidente que eu já vou entrando e já vou falando: “Que é isso? Vamos tirar, vamos tampar essa fossa, tirar este cachorro”. É automático, se tiver alguma coisa gritante no meu olho. (E-45-PACS)

Por dispor de conhecimentos sobre as doenças mais prevalentes na região e dos fatores de risco, a enfermeira amplia seu olhar e identifica novas necessidades de saúde no decorrer da visita.

Outra enfermeira relata que com a visita passa a conhecer mais amplamente a realidade em que as pessoas vivem e conseqüentemente pode implementar ações mais efetivas, utilizando o conhecimento da epidemiologia contextualizado de acordo com cada realidade:

Você atende a paciente aqui na unidade, você conhece lá na casa, você sabe a realidade dele. Aquele paciente às vezes que sempre estava vindo aqui pra tratar de uma verminose e nunca melhorava, aí você vai lá, vê que ele estava tomando água sem filtrar, não tem uma fossa, algo assim. Você vê a realidade da pessoa. Eu acho que o trabalho da gente acaba fluindo melhor. Tem como você se programar pra trabalhar melhor as prevenções. (E-34-PSF)

A enfermeira realiza também visitas com o objetivo de supervisionar o trabalho do agente, nas quais são abordadas as condições de saúde dos familiares, visando conferir aspectos da prevenção de doenças:

É mais ou menos o roteiro do agente. Daí você faz realmente uma visita, assim, pra ver as condições de saúde. [...] Você vê criancinha, diabetes, você vê que tem alguma doença na família, faz o tratamento, e a mulher fala que está fazendo o tratamento hormonal, está fazendo isso, que fez mamografia, que tirou um nódulo. Eu falo de tudo. [...] É a prática. A gente já tem isso na cabeça. Chega e vai falando pro marido da próstata. Chega e vai perguntando: “Quem mora aqui? Como que faz?” Vê a parte social: “Todo mundo está empregado?” [...] Não, eu sou assim. Eu chego, quando é visita de supervisão, você consegue visualizar o contexto da família. Não só da família: as pessoas que vivem ali. (E-45-PACS)

Observa-se que na visita ela amplia suas ações para as medidas de prevenção, incluindo as condições ambientais, a saúde dos membros da família, a disponibilidade de alimentos, a situação financeira e a saúde dos animais, entre outros aspectos. Percebe-se existir uma preocupação em captar a realidade de várias formas, identificar os problemas e, se possível, intervir, com enfoque de prevenção, controle de doenças e ajustes às condições de vida.

Ao indagarmos se havia uma técnica para a realização das visitas, obtivemos várias respostas. A enfermeira do PSF explica que no início do trabalho dispunham de um roteiro, mas que com o tempo pararam de aplicá-lo:

Existia. A gente tinha no começo. Quando começamos a fazer as visitas, a gente procurava “vamos seguir um roteirinho; vamos fazer a visita” e ver o que cada um ia fazer. Primeiro tem que se identificar pro morador, explicar o que a gente faz, que é uma coisa importante, porque a gente é PSF, [...] Então teve esse primeiro contato de estar se apresentando, e explicando que você está ali, sua proposta de trabalho; a gente tinha o roteirinho. [...] E o interessante que com o tempo isso foi mudando um pouco, porque quando chego já tenho mais abertura, eu deixo de perguntar essas coisas, acaba tendo mais abertura pras pessoas estarem falando, mesmo porque às vezes você vai ali, quer saber do hipertenso, do diabético, mas o que a pessoa quer passar é outra coisa totalmente diferente. Às vezes é o filho que usa droga, o filho que está mal na escola, um leque de problemas. Não está só ligado à questão de doença, não tenho mais que trabalhar só com doença; tem que ter um lado social, lado espiritual — tudo influencia. Então

a gente deixou de seguir esse roteiro, de seguir à risca. [...] A visita é muito diferente em cada família, conforme o problema, conforme... Tem visita que você vai, você vê, tem que fazer em cinco, dez minutos, quem sabe da próxima vez consiga trabalhar um pouquinho melhor, e tem visita que você vai, se deixar você não sai da casa. (E-17-PSF)

Nota-se que o roteiro foi utilizado como um instrumento de apoio para os contatos iniciais, mas com o passar do tempo a enfermeira mostrou-se atenta para ver outras necessidades, inclusive abrindo espaço para a emergência de problemas trazidos pelos usuários, mas distintos dos de interesse do serviço. A fim de compreender a subjetividade de seus usuários, a enfermeira afirma manter uma postura de interesse e respeito.

Outra enfermeira ressalta que para proceder à visita é fundamental estar inicialmente inteirada do caso. Considera que as visitas precisam ter conteúdos, para não se tornarem eventos de cunho meramente social:

Você tem que estar interado e realmente se envolver no problema. Você não vai lá só de alegre. Você tem que estar já sabendo do problema pra já estar procurando levar a solução. Se não conseguir ali, você dar uma resolutividade pra que ele não vá fazer por fazer. Você precisa estar inteirado do problema, conhecer o seu paciente também, pra dar uma boa resolutividade. (E-34-PSF)

A proximidade durante a visita favorece a comunicação, tanto no ouvir como no ser ouvido, suprimindo de certa forma a falta de tempo e outras deficiências dos serviços de saúde sediados:

Eu acho que você ir na casa é ótimo. [...] e sentem tão valorizados, que você chega na casa, que você senta no sofá deles, que você conversa assim com eles e busca, e não fica atrás da mesa. Não, isso aí é ótimo. [...] Eu acho que na casa é diferente. Você sente na hora, quando você vai. (E-45-PACS)

A enfermeira relata aproveitar a oportunidade dessa comunicação para permitir que a pessoa se expresse, e também para abordar assuntos que considera específicos e obter colaboração dos moradores:

Porque eles nunca fazem uma visita com menos de quinze minutos; sempre meia hora ou mais, porque aquele paciente aproveita. Ele nunca tem oportunidade, eu estou sempre lotada, [...]. Eu deixo muito [tempo] livre: o que ele for querendo saber, eu vou informando. Eu vou aproveitando pra direcionar pro que eu quero. (E-23-PACS)

Os profissionais falam da importância de não discriminar e ter atenção com a comunicação verbal e não-verbal:

Tem paciente que exigem mais de você. Tem outros que exigem menos. Não é porque exige menos que você vai dar menos. Então procurar tratar as pessoas iguais, sem ter muita preferência, não demonstrar o que você acha de certas situações. Trabalhar muito essa questão, porque muitas vezes só de olhar a pessoa, assim, “Ah...”. Cuidar as questões não-verbais durante as visitas, e mostrar que você está escutando, porque às vezes no olhar a pessoa já te bloqueia. Você tem que ter muita habilidade, e isso você vai conseguindo no dia-a-dia, com a prática. (E-17-PSF)

Ressaltam também que o propósito da visita não é a fiscalização:

Sempre ele é..., mostrar que ele, pra mim, é uma coisa mais importante. Mostrar que nós somos parceiros, que nós estamos aqui pra tentar resolver o problema. Quando a gente faz a visita, não está lá pra ver a casa dele, pra ver as condições, sair falando, e [sim] fortalecer a ética profissional. O agente mostrar pra aquela pessoa que ele está ali, que ele não veio pra criticar a maneira dele viver, que ele não vai estar interferindo na vida dele, ele é um educador. Uma pessoa que serve pra te informar: “O posto está ali, funciona, tem esse serviço, marca assim, assado”. [...] É mostrar o que o serviço que tem a oferecer, mostrar pra paciente, porque ele está escutando ali, e ele vai deixar ali. Que ele não precisa temer pela segurança da informação dele. (E-23-PACS)

Há uma valorização do respeito à privacidade da pessoa:

Observa-se que vários aspectos influenciam a abordagem e a condução da visita domiciliar:

Aí você, na visita, você identifica que é carência afetiva, o marido é um grosseirão, os filhos parece que não liga muito pra ela. Parte da mulher, a criança também, tem muitas: você vê que não é bem cuidada, no ambiente você observa isso. Então é extremamente rica a visita pra gente e pro morador. (E-17-PSF)

Então são coisas..., dificuldade de você chegar numa família que você foi chamada pelo fato de uma menina que estava tendo sangramento e fazendo acompanhamento, e você chega lá e você identifica. É incrível: você chega lá e identifica que ela está tendo uma crise com o marido, que não é aquilo. Então são coisas que você chega: “Não, isso é coisa que não está acontecendo isso!”. Está acontecendo outra coisa. Parte da família. Você consegue identificar coisas que está acontecendo. E você chegar e o marido está lá e acontece que a pessoa muda de comportamento depois que o marido sai? Sabe umas coisas assim? E daí você: “Olha, não, como que está?” (E-45-PACS)

A enfermeira fala da dificuldade de abordar determinados assuntos mais íntimos, como a violência doméstica, que a visita por vezes desvela.

É apontada a necessidade de lidar com o inesperado na realização da visita:

A visita é uma coisa surpreendente. Às vezes é deprimente fazer visita. Você chega na casa e de repente não é bem recebido, a pessoa não quer papo naquele momento, vê que não está a fim. Você tem que saber: hoje não dá pra insistir, volto outra hora — e é até de investigação de internação mesmo: você vai, e a pessoa... Tudo bem, eu volto em outro horário, não tem problema. Faço assim pra respeitar a pessoa. Depois eles até aceitam melhor a gente, em outro momento recebe a gente bem. Depende muito. Quando saio, já saio com as minhas visitas programadas, tem que fazer essas e essas visitas, mas às vezes dá tempo pra fazer aquelas que eu programei; às vezes não dá tempo. De repente estou numa visita, vou pra uma que não tinha nada a ver, que não tinha programado, porque você é abordada na rua: “Ai, vai lá em casa, que eu estou com um problema assim. Aí você acaba indo pra casa da pessoa que não esperava. Aí você vai, depende da pessoa, do problema que você levanta. Aí você fica dez

minutos, meia hora, três horas. Depende muito. Visita é apaixonante. Algumas vezes acontecem coisas bem inesperadas. (E-17-PSF)

A enfermeira relata sobre uma senhora que não aceitava fazer o exame preventivo e por isso se recusava a recebê-la:

Esse é o caso que te falei que a gente não está acostumada. Não consegui nem entrar dentro da casa da pessoa. É uma coisa que às vezes fico frustrada. Como é difícil e não está dando certo! É uma senhora, 70, 80 anos, que nunca fizeram preventivo. Aí a gente fala: "Nunca fez preventivo!", e aí você vai tenta, conversa, tenta, aborda. [...] mas a gente não consegue fazer o preventivo. Questão de idade ou medo. Não tem jeito. (E-17-PSF)

Outra enfermeira relata sua sensação:

Algumas vezes eu também sou rejeitada. [...] Então, é assim. Às vezes é complicado. O dia que eu fui registrar, a mulher nem deixou eu entrar no portão. [...] Porque me senti muito mal, me coloquei no lugar dele [do ACS]. Já fui numa casa, também, enquanto eu falava a mulher lavava roupa. Primeiro, não deixou eu entrar enquanto a filha não chegou. A casa tinha cachorro. Quer dizer, eu me senti uma ladra. (E-23-PACS)

Os relatos sobre recusa evidenciaram algumas tensões referentes aos limites da ação dos profissionais e à liberdade de escolha do usuário. De sua parte, o profissional é incumbido de ir ao encontro do usuário a fim de orientá-lo, obter sua colaboração e adesão ao programa. O usuário, por sua vez, está em seu espaço e tem o direito à escolha de aceitar ou não a visita que lhe é oferecida.

Observa-se que as situações que envolvem recusa são muito variadas e sofrem diferentes influências, que poderiam ser melhor analisadas. Note-se que a recusa, em vez de ser tomada como uma falha ou insucesso, poderia ser para o profissional um dado adicional que necessitaria ser melhor interpretado, como em situações de não-permissão de entrada na casa, necessidade de omissão de informações, barreiras culturais ou outras dificuldades. .

Um atendimento pautado no princípio da integralidade deveria considerar os valores, as motivações e história de vida dos usuários. Isso envolve analisar a recusa como uma condição desafiadora para o diálogo em situações em que se busca transpor o tênue limite entre a liberdade de decisão e a prática de saúde, entre a imposição e o respeito à autonomia.

O enfermeiro fala das visitas que considera difíceis, como as destinadas à investigação epidemiológica de doenças sexualmente transmissíveis. Relata uma experiência de visita domiciliar a uma senhora com resultado positivo a teste de sorologia para sífilis (VDRL) realizado após doação de sangue, o que ensejou uma solicitação de visita domiciliar:

As visitas que eu menos gosto de fazer são as visitas de investigação epidemiológica de doenças sexualmente transmissíveis, que o morador não te conhece e você aparece de repente lá, e explica. É uma situação constrangedora pra mim, [...] eu cheguei, expliquei, apresentei, ela não perguntou nada, apresentei, começamos a conversa — sempre começo assim, antes de entrar no caso —. Aí eu perguntei se tinha doado sangue; falou que tinha; se tinha buscado o exame; falou que não queria saber, que já tinha mais de seis meses disso. Aí eu disse: “Por isso que eu vim. Pra trazer o resultado do exame”. Tudo já tinha informado que era tudo no sigilo. A mulher começou se exaltar comigo, disse que eu não tinha o direito de ir na casa dela comunicar isso pra ela, porque ela já tinha apresentado esses sintomas, já sabia que tinha alguma coisa errado, e ela foi lá pra doar sangue, só pra saber, só que se arrependeu e não queria buscar o resultado. Se ela quisesse buscar o resultado, ela teria ido lá. Ela falou pra mim: “Faça o favor. Saia de minha casa”. Essa mulher tinha um filho com menos de dois anos; aí tem a questão epidemiológica, congênita, e ela sabendo. Ela sabia que o marido havia traído ela e ela estava com vergonha disso. Ela olhou pra mim e olhou pra meu carro e falou: “Olha, você deve ganhar muito bem pra sair do seu emprego lá no posto, onde eu nunca fui, pra vir com seu carro aqui na minha casa fazer isso”. “Não, é que eu gosto do meu trabalho. Por isso que estou aqui. Tenho que fazer, orientar, pra orientar fazer o tratamento”. É o meu trabalho. (E-9-PACS)

Trata-se de uma situação epidemiológica em que cabe ao serviço de saúde, que é instância do poder público, investigar, notificar e tomar as providências necessárias, inclusive no sentido de evitar novas infecções. O profissional tem um respaldo ético para intervir em situações de risco a exposição a doenças contagiosas. Para algumas pessoas, no entanto, essa atuação é interpretada como medida impositiva, com invasão de privacidade. Em casos como o relatado, em que haja um evidente desconforto para ambos, por estarem também envolvidos valores morais como infidelidade e intimidade, é importante que haja um diálogo com explicitação clara das finalidades da visita, que dependem muito de um adequado preparo do profissional. Em tais situações não basta uma lógica epidemiológica, sendo necessária também uma boa interação.

Outro tipo de visita apontada como difícil é a de averiguação de denúncias de maus tratos a idosos e deficientes e de investigação de óbitos:

Procuró me manter longe disso, de denúncia de maus tratos a idosos, com deficientes, e o agente vai, detecta, mas a pessoa já ameaça o agente. [...] a pessoa era deficiente, e [outro morador do domicílio] retrucou que não era deficiente, expulsou, ameaçou e correu atrás. Eles usavam pro trabalho doméstico. A pessoa morava com eles. [...] E as situações de denúncia assim são complicadas. [...] Tem os órgãos de denúncia anônima e fazer a denúncia. É chato, é muito velado. Faz uma denúncia, o agente não entra nunca mais ali. Se estes órgãos trabalhassem mais com a agente, talvez desse uma segurança maior. Tem os usuários de drogas, mas o que eu vejo é isso: tem muitos que a gente detecta, tem que ter uma retaguarda. (E-9-PACS)

- *Durante uma saída para visitas domiciliares, a enfermeira viu uma casa com muitos entulhos e animais e falou que precisaria acionar a vigilância sanitária para fazer uma visita. Eu imaginei que pudesse ser uma situação interessante para conhecer um outro tipo de visita e sugeri acompanharmos o profissional. Ela falou que não, pois estaria se expondo como “dedurona” e*

isto poderia prejudicar o seu trabalho na área. (Registro de observação, PSF 2)

O relato e o registro indicam que os profissionais não se sentem confortáveis para fazer as denúncias, pois isso pode interferir em seu trabalho. Além disso, a falta de meios para encaminhamento de problemas, como carência de abrigos para pessoas que sofrem maus tratos e dificuldades em lidar com esses problemas, impedem uma leitura de necessidades e a interação adequada que casos tão complexos requerem. O profissional percebe os problemas, mas não os toma para o trabalho.

A enfermeira relata sobre as dificuldades na visita de investigação de óbitos:

Investigação de óbito, pra mim. Que eu nunca vou só; eu carrego o agente comigo, eu marco com ele, porque às vezes a morte foi traumática, às vezes a morte foi esperada. Então algumas pessoas reagem diferente da outra e eu normalmente tenho que acalmar essas pessoas, porque elas choram. Ela ofende o profissional colega, eu tenho que explicar, até concordando com ela, que o profissional não foi, não teve o comportamento adequado. Eu falo: “Mas gente, é assim mesmo...”, e eu já tive recusa de visita de óbito, e eu fiz por telefone porque eu era obrigada a preencher o impresso aí eu tive que fazer uma conversa pra quebrar a recusa pra mim, porque a mulher não queria. Aí eu falei com a filha à noite, ela autorizou, a mãe dela estava mal e me deu o telefone. Então essas são minhas piores. Investigação de óbito. Por qualquer motivo: materno, recém-nascido, o que foi, hipertenso, diabético, qualquer um. A fragilidade... Fragiliza a família. E às vezes até me chateia, porque eu tenho que ir duas vezes abordar o mesmo assunto, uma pela Cogepacs [Coordenação Geral do PACS e PSF], outra vem pela investigação epidemiológica. Ou a investigação de óbito materno, que chega muito tempo depois. E eu sou obrigada a fazer aquela visita do Cogepacs antes, porque eu tenho que entregar no final do mês. Então não posso esperar aquela folha, então vou lá e depois vou de novo. É complicado. Essa é a pior. (E-23-PACS)

Essas de óbito, a paciente muitas vezes não quer falar, eu fico forçando, tenho que explicar que aquilo ali é uma obrigação... Tem as dificuldades.

Tem muitas dificuldades. Às vezes o paciente, você está falando, ele não está nem aí pra você. Isso é muito ruim. Eu me sinto um agente que provavelmente fazem muito com ele, né?: “Dá pra você voltar mais tarde?”. Ui, como é triste... (E-23-PACS)

Observamos que os profissionais expressam maiores dificuldades nas visitas com ações que têm como base o conhecimento epidemiológico. Essas visitas trazem o risco de serem percebidas pelos profissionais como burocráticas, como exigências do nível central, sem que muitas vezes eles percebam o resultado dessas ações em seu trabalho. É portanto uma visita que, se não estiver bem articulada no processo de trabalho, tem possibilidade de causar sofrimento adicional aos profissionais.

O relato de experiência de Roese e Lopes (2004) sobre coleta de dados de pesquisa em domicílio mostrou que a visita domiciliar é adequada para a obtenção de dados, embora o profissional precise estar preparado para situações inesperadas e para estabelecer interação com os informantes.

10.2 VISITA DOMICILIAR DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Na análise da dinâmica das equipes (Capítulo 7) e nas indicações das visitas (Capítulo 8), verificamos que muitas vezes os técnicos de enfermagem precisam permanecer na unidade para fazer atendimentos como vacinação ou verificação de sinais vitais — o que dificulta sua saída para as visitas —, além de auxiliarem os profissionais de nível superior nos procedimentos.

Geralmente os motivos das solicitações de visitas dos técnicos estão relacionados com a realização de procedimentos assistenciais, como curativos ou

orientações, o que caracteriza um modelo mais clínico, corroborando os achados de Shimizu *et al.* (2004).

Para a técnica de enfermagem, porém o espaço domiciliar permite uma atenção individualizada:

A diferença que eu acho da unidade [de saúde] para a residência do paciente, é que na residência você está atendendo o paciente, aquele paciente. Você está dando atenção pra ele, você está ouvindo as queixas dele, está atendendo ele, e na unidade você não tem como atender um paciente só, porque às vezes eu estou verificando a pressão de um paciente e tem dois me chamando e perguntando. Essa é a diferença. O atendimento na residência é melhor, porque você está dando atenção pra aquele paciente, e na unidade nem sempre é possível. Você tenta atender todos na melhor maneira possível. (TE-35-PSF)

Quando indagada se existe um modo de fazer as visitas, a técnica de enfermagem menciona a importância de reconhecer as individualidades para que se estabeleça interação:

Primeiro a gente tem que conhecer que tipo de pessoa que você está trabalhando, a comunidade, chegar nas pessoas, assim, ter bastante carisma, chegar humilde, porque não adianta chegar lá já querendo mudar tudo, porque eles não vão aceitar, vão criar uma certa resistência. Primeiro tem que conquistar, para te receber bem, ter bastante carinho, conversar com ela. Não querer chegar superior a ela. (TE-36-PSF)

Note-se que, como relatado pelos ACS, as relações no domicílio tenderiam a ser mais horizontais. Em algumas situações, porém, há um conjunto de problemas que acaba sendo percebido, como descreve uma técnica de enfermagem:

Teve um caso que a gente foi ver uma criança. Ela nasceu com uma deficiência cerebral. A gente foi fazer algumas visitas na casa da mãe, tentou trazer ela, mas nós não conseguimos, e nem nós nem os agentes não conseguem, e são tão resistentes e não aceitam. O pai da menina é usuário de droga. Eles só nos receberam uma vez só. Agora pode chegar

lá, bater palma, que eles não abrem a porta. [...] Eu tenho a impressão [...] medo da gente descobrir do que eles vivem, tal. [...] Na nossa região tem muitas pessoas que mexe com drogas, tem uma certa resistência. Vê a equipe, aí que eles já falam que você não pode passar daqui. Eles recebem, mas tem, até onde pode ir à casa (TE-36-PSF)

Ela deduz que a drogadição seja, nesse caso, o motivo da recusa às visitas, ou que determina o grau de acesso ao espaço domiciliar.

Em outros casos, o morador só aceita que determinado profissional tenha acesso à residência:

Nós temos um paciente que ele é meio revoltado. Então a gente chegou um dia — os dois técnicos, a médica e a enfermeira — e o paciente foi bem agressivo com a gente. Pegou uma faca, chegou a ameaçar. Ameaçou, na realidade ele estava deitado e aí queria que a médica só conversasse com ele. Demorou pra ele aceitar as outras pessoas da equipe. Geralmente ele às vezes nem aceita, até hoje. (TE-61-PSF)

Uma técnica de enfermagem relata que durante as visitas encontra pessoas cujas condições de vida são muito precárias:

Vai na casa, você vê ele como tudo, as condições que ele vive, você às vezes quer ajudar de uma forma ou de outra. E as vezes que ele não tem alimentação, que ele não trabalha? Igual o Sr. [nome]: ele é uma pessoa que está na cadeira, sofreu um acidente tem três meses, ele vai ficar mais quanto tempo? Ele não tem alimentação, ele tem três filhos pequenos, você quer ajudar de uma forma ou de outra. Mas, praticamente, como ajudar? (TE-35-PSF)

O caráter crônico de muitos problemas é apontado por outra técnica de enfermagem:

Quando eu disse que a gente personaliza o paciente, então, a gente vai lá na intenção de ver se o paciente está bem, se correndo tudo bem, se tem alguma coisa errada, tudo na medida do possível. Às vezes falta muita coisa [...], só que a fome não espera. [...] isso dói, acho que falta muito, falta ter uma verbinha, mais remédios e ter uma alimentação.[...] Pega o idoso: o

idoso, naquele momento ele não tem, é naquele momento que ele precisa; ele não pode esperar. Então, ele fica esperando. O PSF fala muito, quer muito resolver, mas só saúde. Saúde depende de um monte de coisas, mas saúde é bem complicado. A gente fica, assim, às vezes, meio divagando, fica pensando, dá a impressão... tudo que a gente faz não vale a pena. A gente faz o possível, mas falta muita coisa. Mas ter meios, recursos para estar trabalhando, para oferecer alguma coisa. Fazer o quê? Se ele precisa, não tem da onde tirar, sabe? Naquele momento ele precisa. A vida não espera. (TE-12-PSF)

Ela reitera que os problemas vão muito além da saúde:

A visita acontece geralmente porque há um problema de saúde. Nós trabalhamos com saúde. Várias das vezes a gente vai lá e acaba percebendo que não tem nada a ver com a saúde física. Ou é a saúde financeira ou a saúde psicológica que está desequilibrada. (TE-12-PSF)

Uma assistente social expressa seu sentimento de impotência:

A visita, nesse sentido, é importante. Às vezes você chega lá e aquele monte de criança... Acho melhor nem ter vindo. Eu não sei o que é o pior: é ir conhecer o problema e não resolver ou você nem tomar conhecimento dele. Não sei o que é pior. (AS-15-PSF)

A técnica de enfermagem relata como os problemas afetam a equipe:

Eles encostam na gente, querem ouvir, arrancar da gente o que falta pra eles, e isso às vezes mina a gente, mina a equipe. De uma forma essa visita cansa, porque quem somos nós? A gente faz o que pode, né? Mas visita cansa. Quantas vezes no início a gente saía quase chorando de ver os casos que acontece, o descontrole, a irresponsabilidade da meninada que a gente tanto faz programa, procura promover, procura trazer, explica: "Gente, querem transar, que transem, mas as camisinhas estão aí de graça, os anticoncepcionais injetáveis, 'cê vai esquecer de tomar?". Então vem para os injetáveis; estão disponíveis. (TE-12-PSF)

Outra técnica conta sobre seu sofrimento e revela que muitas vezes é preciso ajudar os moradores com alimentos:

Tem coisas que chocam a gente. Por exemplo, você se envolve com paciente, paciente terminal é CA [câncer]. Aí depois você estende aquela sua visita, já está sendo de amiga; vai visitar. Recentemente, ano passado, perdemos uma paciente. Então: às vezes leva comida pra pessoa, apoio, principalmente se a pessoa é carente, está precisando. Acho que isso faz parte desse nosso trabalho no PSF mesmo, eu estava te falando; a gente sofre mesmo com as coisas que a gente acaba passando dessa nossa quarenta horas, quarenta horas semanais; a gente acaba se comovendo com esse paciente. [...] Então, aquilo parece que te chama e você vai, acaba indo, mas isso faz parte. A partir do momento que nós escolhemos a saúde, a gente tem que estar, não tem como. A gente se comove com a dor das pessoas. (TE-61-PSF)

Os depoimentos das técnicas expõem sentimentos de impotência e frustração também relatados pelos ACS frente aos problemas e às precárias condições de vida. Vários estudos (Capozzolo, 2003; Silva, Dalmaso, 2002a; Rocha, Trad, 2005) abordam o sofrimento dos profissionais que atuam na atenção básica e o modo como adotam atitude mais caritativa e de iniciativa individual, apesar do risco de adoecimento por sobrecarga emocional.

10.3 VISITA DOMICILIAR DO MÉDICO

Como já exposto no Capítulo 8, são muitas as solicitações de visita domiciliar do médico oriundas da interação dos usuários com os agentes e integrantes da equipe. O relato a seguir ilustra como a agente detecta situações que requerem visita do médico, e descreve sua própria satisfação, assim como a dos usuários, quando consegue que a visita seja realizada:

Uma pessoa que às vezes..., um idoso: às vezes nem é dificuldade; às vezes não tem mesmo aquela vontade de descer até a unidade. Então às vezes a gente fala: "Olha, fulano não está bem. Não está tomando medicamento certo". Aí, quando o médico vai lá, o paciente tem outra visão.

E ele se sente, assim, nossa, maravilhado com a presença do médico. Então eu acho que é importante. (ACS-71-PSF)

O excerto acima revela o valor atribuído à figura do médico, muito relacionado com o valor da clínica e da assistência médica individual. No depoimento a seguir, há descontentamento com a ausência da visita desse profissional:

Por exemplo, tem um paciente que está precisando de uma visita do médico. Aí o médico não vem nessa semana, não vem na outra, só na outra, e quando dá pra ele vir. Então você fica assim... Aí você está passando e a pessoa: "E aí, o médico? Não vai vir?". Então a gente não tem, assim, uma previsão, e o usuário acha que a gente nem faz nada. Na realidade, eu não sei o que acontece; se é muita cobrança dentro da unidade, que os profissionais não podem sair pra visita. (ACS-71-PSF)

A assistente social explica que a expectativa da população quanto à visita médica é muito elevada, pois os meios de comunicação veiculam essa imagem:

Então, é uma coisa assim: ao mesmo tempo que é gratificante, é uma coisa preocupante, porque a televisão mostrou um programa diferente. Mostrou o médico indo com a malinha dentro de casa. Na minha época, não sei se na sua era, o médico ia em casa.[...] Então o PSF é isso, é essa visão. Não que o paciente fique em casa e o médico tem que ir lá, ou às vezes o paciente chega aqui e fala: "Ah, o médico não vai na minha casa, não sei quanto tempo. Médico nunca vai na minha casa". Aí eu viro pro paciente e falo: "Mas escuta uma coisa: você estava doente?". "Não." "Você tinha algum problema?" "Não." "Você está impossibilitada de caminhar até aqui na unidade, marcar uma consulta?" "Não." "Mas então, por que você quer o médico dentro da sua casa?" "Porque ele vai na casa de fulano, beltrano, beltrano." Falei assim: "Mas lá tem uma pessoa que não consegue sair da cama. Ele não tem um carro pra pôr a pessoa dentro e trazer aqui. Entendeu? Essa é a diferença. (G-38-PSF)

A fala da gerente mostra como ela justifica a ida dos médicos aos domicílios prioritariamente para atender moradores que não podem se locomover.

A médica, por sua vez, questiona os motivos de solicitação de visitas e sugere a utilização de critérios e otimização do tempo:

As visitas, a gente tem uma certa discussão. Dá a impressão que todas as visitas é o médico que tem de estar presente. Sabe que não é assim. Tem critérios pra visita: pessoas acamadas, idosos, de difícil locomoção, deficientes físicos, deficientes mentais, gente que tem dificuldade realmente de chegar à unidade. [...] Eu acho que deve fazer depender de cada caso. Vamos discutir o caso, não perder tempo, ver onde é mais útil. [...] Não é perder tempo, mas se você pode estar atendendo um paciente que precisa realmente de uma consulta, perde tempo nessa andação. Numa tarde eu faço, três, quatro visitas. Se eu 'tivesse na unidade, dá para fazer doze, catorze atendimentos, né? Tudo bem. Eu acho, assim, uma atividade muito enriquecedora. Eu acho a visita domiciliar uma oportunidade pra aproveitar ir nas casas pra fazer promoção, prevenção, educação e orientar. Na hora que você bate o olho, assim, e ver o cachorro, como que tá, se a água é parada, ver se as plantinhas, banheiro, se é limpo, aproveita para dar uma geral. (M-19-PSF)

Em sua opinião, algumas solicitações de visitas domiciliares encaminhadas ao médico poderiam ser feitas por outros profissionais:

Às vezes escreve lá [no livro de visitas]: “Dona Maria José, diabética, está sem remédio”. Não preciso eu ir lá. Pode vir agendar uma consulta, a não ser que esteja acamada; aí eu vou lá. Outra vez estava lá: “Dona — esqueci o nome da paciente — está tomando remédio errado”. “Mas tem remédio?” “Tem.” “Tem receita valendo?” “Tem até janeiro.” E por que que eu tenho que ir lá para orientar que está tomando remédio errado? Não sou eu; qualquer outro profissional, até o agente de saúde: só pegar a receita, separar o remédio. Então às vezes se deixa de ir para uma coisa séria e vai onde está tomando remédio errado. Eu falo: isso não é um critério! Não é médico que tem que ir; pode ir alguém da enfermagem, pode ir assistente social, pode ir agente de saúde ou um acadêmico. Tem a receita pregadinha no cartão, dizendo o que tem que tomar e o horário. É só orientar o paciente. (M-19-PSF)

Essa fala revela que existe uma preferência por parte dos solicitantes pela presença do médico nas visitas, o que pode em parte ser atribuído às necessidades

de saúde identificadas e em parte à valorização de seu atendimento. Revela também que os fluxos de solicitação, definição de critérios e escolha do profissional que realizará a visita não são, segundo a médica, adequados. Observa-se também como a fala da médica detalha ações que podem ser delegadas a outros integrantes da equipe.

Quanto à visita do médico, a Coordenação Estadual (CM-69) relata que nem todos os médicos do PSF que atuam no serviço estadual concordam em fazer as visitas, preferindo permanecer no consultório atendendo os pacientes que chegam. Conclui que os casos a serem visitados precisam ser bem selecionados.

No mesmo sentido, a médica da Coordenação Municipal explica que a visita do médico deve ser bastante restrita, atendendo somente a casos específicos, como quando o paciente não consegue se locomover, quando há certas intercorrências para avaliação clínica ou em casos muito “difíceis”, como os de pacientes que não aderem ao tratamento. Reitera que primeiramente os outros profissionais deveriam tentar solucionar os problemas:

Mas isso depois de esgotadas todas as possibilidades das visitas dos outros profissionais. Porque na verdade, hoje no Saúde da Família, nossa realidade é que o médico, ele é muito mais importante na assistência na Unidade do que fora dela. Então, a visita fica mais esporádica. (CM-66)

A médica acrescenta que a Coordenação Municipal tem buscado estabelecer critérios para as visitas:

A Cogepacs [Coordenação Geral do PACS e PSF] está tentando fazer uma modificação. Então, se você for visitar cada um, não vai dar conta. Tem que visitar os idosos, acamados, pessoas analfabetas, família que tem alguém com etilismo, que é violento, tem que ir lá para orientar; um dependente químico, para conversar com a família, pois está desestruturada, pois desestrutura completamente. E tem casos que tem que ir a equipe inteira.

Porque tem problema social, de enfermagem, problema psicológico, problema médico de toda ordem. (M-19-PSF)

Verifica-se, pois a existência de uma tensão, pois por um lado a visita do médico é muito solicitada, e muitas vezes justificável pelas necessidades, mas por outro lado questiona-se se esse profissional deveria mesmo fazer atividades externas à unidade de saúde.

No início da implantação do PSF no Brasil, Franco e Merhy (2003) já questionavam tais visitas “compulsórias” dos médicos, explicando que o programa não poderia se pautar exclusivamente nas visitas domiciliares, por ser este um instrumento que várias outras modalidades assistenciais utilizam com efetividade. Consideram que é preciso uma adequada utilização dos recursos humanos e que a adoção das visitas domiciliares não significa que o médico tenha substituído sua prática centrada em procedimento, complementando que a visita pode significar uma intromissão na vida das pessoas.

O estudo de Sant’Ana (2000) traz uma reflexão sobre aspectos práticos do trabalho do médico de família no Brasil e aponta várias áreas de atrito, entre elas o atendimento na unidade de saúde e o atendimento no domicílio:

É muito mais confortável atender e principalmente examinar um paciente no consultório que no domicílio. Pode-se atender muito mais pessoas na Unidade de Saúde que em visitas domiciliares. A visita domiciliar é um atendimento de exceção, com indicações precisas: cadastramento, busca ativa de casos e faltosos, acompanhamento a doentes crônicos e acamados e observação do paciente ou família em sua residência. É preciso também definir qual o profissional mais adequado para fazer a visita. O médico pode fazer a busca de um faltoso, mas a princípio o agente comunitário está perfeitamente habilitado para essa função. O médico deveria permanecer na Unidade de Saúde a menos que houvesse um motivo justificável para se afastar, pois é nesse local que as pessoas esperam encontrá-lo, principalmente em equipes onde existe um único profissional médico. Caso contrário, é preciso que se estabeleçam escalas de visitas para garantir a presença constante de um médico na Unidade de Saúde. O fato de o médico não sair para fazer qualquer tipo de atendimento domiciliar durante o expediente não fere nenhum princípio da Medicina de Família, desde que não se faça necessário.

Araújo *et al.* (2006) investigaram o impacto das visitas dos médicos em duas equipes de Saúde da Família em uma pequena cidade no interior de Minas Gerais, e em um universo de 42 pacientes visitados não houve necessidade de qualquer intervenção médica para em 66,4%. Concluem que o programa necessitaria de ajustes técnicos, principalmente referentes à programação e execução dessas visitas.

Constata-se, portanto, que essa divergência repousa sobre os critérios das visitas, o grau de resolutividade, a otimização de tempo e os recursos humanos relacionados com a organização do trabalho em saúde.

No entanto, nas três equipes de PSF pesquisadas em Campo Grande os médicos fazem visitas, pois segundo eles essa atividade permite maior abertura para a manifestação de queixas, já que os visitados sentem-se mais à vontade, sem uma pressão tão evidente da pressa, facilitando-se assim a construção de um espaço de troca:

Talvez ele se sinta mais à vontade pra primeiro dizer as coisas que ele não tem encontrado apoio, na busca ao serviço, lá onde ele não tem tido apoio, e ele se sente à vontade pra dizer: “Doutor, aquele medicamento que o senhor me passou, sarou — ou não sarou”. Isso aí ele tem muito mais espaço pra isso no próprio domicílio dele, com certeza. [...] Tem mãe que tem alimento disponível no quintal e ela não deixa as crianças usarem por crença [...]. Então, acho que a informação que a gente leva abre aquele espaço, assim, da troca. É o momento pra eles dizerem que acharam bom, que acharam ruim. E é o momento pra você reatar essa ligação com a equipe e com a unidade. Aproxima sim, bastante. Aproxima mesmo. (M-42-PSF)

Quanto aos conteúdos e roteiros das visitas, a médica relata:

Não tenho roteiro. Vou de acordo. Não, nesses cursos, treinamento, especialização, nunca foi dado, nunca teve roteiro. Depende da casa que eu

abordo, depende: chego lá, o que vejo. Por exemplo, se vejo criança de baixo peso, mal cuidada, vou abordar a mãe, como ela cuida, como faz alimentação, como prepara o leite, observo a pia, se tá cheio de louça suja, mosca, às vezes para orientar, roupa suja no chão. Depende de cada caso. As visitas, vai orientando. Aproveito para perguntar se usa anticoncepcional. Se a mãe tem preventivo em dia, usa anticoncepcional, é laqueada, se usa camisinha. Geralmente na casa mora um idoso junto; eu pergunto: “Está tomando remédio? Me traz o cartão. Deixa eu ver”. A gente já aproveita para fazer uma revisão na família inteira. Tem crianças maiores que eu vejo correndo no quintal e pergunto: “E aquela lá? Cadê o cartão de vacina? Me mostra se tem vacina atrasada”. Então não tem o roteiro, assim. Eu vou e observo tudo, chego a passar o olho. Como sou muito visual e elétrica, chego e passo o olho assim. (M-19-PSF)

Os três médicos entrevistados nesta pesquisa consideram importante a visita domiciliar, mas ressaltam que os casos precisariam ser bem selecionados. Os relatos e as visitas que acompanhamos evidenciaram predominantemente uma abordagem clínica, com especial atenção aos acamados, e os profissionais reconhecem o espaço domiciliar como aquele em que se localizam os problemas, enfocando aspectos da higiene e comportamentos individuais. Reconhecem o caráter social do processo saúde–doença, mas no cotidiano do trabalho e em suas intervenções utilizam prioritariamente o saber clínico, sendo que as questões sociais e coletivas se situam como parte do contexto.

Como também observado nas visitas dos outros profissionais, as dimensões interacionais nas visitas dos médicos são muito importantes. em especial os aspectos éticos e a comunicação.

O médico fala que não existe uma norma, porém acha importante colocar-se à disposição:

Não tem, assim, uma norma. Acho que o principal é você ter a disposição, procurar conversar bastante pra tirar... Deixar de parecer que você está

fazendo visita de fiscalização. Mas parecer que você está visitando mais pra poder orientar, pra poder ajudar do que cobrar. (M-42-PSF)

Ao prestar orientações, considera necessário obter confirmação do entendimento do usuário:

O que eu acho muito importante é você, depois que você orienta, você pergunte ao paciente: “Você entendeu?” “Entendi.” “Então me explique.” Você tem que esperar esse retorno dele ou pra quem você passou aquela orientação. E por uma questão de comodismo, ou por uma questão de não querer incomodar, muitas vezes o paciente, não só no próprio domicílio, mas naquela consulta, quando ele está com pressa ou qualquer outro motivo, ele diz que entendeu e não compreendeu. Aí você perde o seu tempo, o paciente perde o tempo dele, você perde a capacidade de mensurar se aquele tratamento, orientação medicamentosa foi eficaz ou não. Porque você não tem a garantia do uso na dose, no intervalo e pelo tempo necessário. Então acho muito importante isso: você deixar claro pra que nessa troca ele não conseguiu entender e te dar esse retorno e você ter o tempo, a paciência. Pra poder reexplicar o que for preciso, porque senão perde o tempo também. (M-42-PSF)

O médico frisa a importância de dar maior liberdade ao morador, para que este possa revelar seus valores e reais condições de vida:

E você tem muito mais espaço pra verificar se ele estava atendendo o que você solicitou ou não. Então, isso aí, a visita é muito rica, tá? E às vezes, até, você consegue até perceber atividades, atitudes que na consulta ambulatorial você não consegue perceber. Questão de valores, questão de disponibilidade de alimentos, criança de baixo peso. Às vezes tem a casa onde a mãe: “Todo mundo come?”, “Come”. “Todo mundo come na mesma hora?” “Come”. Mas você conta o número de pessoas e o número de pratos, faltam dois pratos. Então, provavelmente os menores estão disputando no mesmo prato. Isso influencia no desenvolvimento ponderal. (M-42-PSF)

Segundo o médico, a visita que realiza tem um simbolismo de poder de cura:

Com certeza que sim. Muitos tabus você quebra com essa visita e infelizmente por um lado, e felizmente pelo outro, a visita do médico na sua casa ainda é capaz de trazer alguma mudança de comportamento. Eu digo

“infelizmente” quando eles colocam tudo nas mãos do médico. Que eles não precisam fazer nada, somente que ele orientou. Aquela figura vai trazer a saúde ali pra dentro. (M-42-PSF)

Sim, é quando eu te disse que, felizmente ou infelizmente, a figura do médico muda muita coisa. Você não pode criar falsas expectativas. Eu só prometo aquilo que eu posso resolver aqui. (M-42-PSF)

O fato a seguir relatado pela agente foi também observado por nós. Trata-se de pedidos e apelos para atendimentos a serem feitos ao médico quando este se encontra na área realizando visitas domiciliares, situação esta que pode ser uma captação de uma demanda ou uma excessiva medicalização:

Outra parte também, quando vê, por exemplo, que eu estou com a doutora — nessa senhorinha que está acamada, todos [os vizinhos] que estão em volta também: quando não vem no portão, fica querendo que a doutora vá lá. Mas a doutora não pode ir em todas as casas Ela só vai onde tem acamado. E quando eles vêem, eles percebem, querem que a doutora vá lá. “Ah, a doutora veio ali na casa da dona e não veio aqui em casa.” (ACS-58-PSF)

O médico expõe que, quando sai para as visitas, precisa estar preparado, porque é comum que na rua receba interpelações. Nesses casos, assume um papel de orientador:

Mas quando você sai pra área, você tem que estar aberto pra essas intercorrências, pra essas interpelações. Até no sentido de: “Ah, doutor, hoje eu estou aqui, mas eu tentei marcar uma consulta. Que dia que eu vou lá?”. Caso também de orientador, pra essa referência assim. (M-42-PSF)

Pra mim é muito simples, porque [...] eu sempre anuncio o que vou fazer, ser bem recebido. Porque eu sempre digo: se não quiser eu não entro naquela casa, naquele local. E [...] jamais dizer que se não obedecer o que eu mandar, eu não vou atendê-lo. Não é isso. (M-42-PSF)

Rocha e Trad (2005) estudaram a trajetória dos médicos de equipes de Saúde da Família e constataram que na prática cotidiana as ações desses profissionais se norteiam pelo modelo biomédico.

Alguns profissionais expuseram que algumas vezes questionam se deveriam realmente fazer visitas, pois a percebem como uma atividade paternalista:

Dificuldade, alguma coisa, ficarem acomodados com este negócio de visita. Acho que tem que usar a mídia para esclarecer melhor, porque a mídia usada... na politicagem, na verdade, falam assim: "O médico vai até a sua casa, a equipe de Saúde da Família vai à sua casa" — entendem que é obrigação de ir, vai lá, tem gente que até ameaça: "Se o médico não ir lá, vou contar, não sei para quem, vou falar com secretário de Saúde e até com o prefeito". Então eles se acomodam. Vai a uma casa para ver um caso, porque foi chamado por algum motivo, aproveita e toda a família e vizinhos: "Ah, tem aparelho de pressão!", Querem medir a pressão. Consulta, consulta, tem obrigação de ir à sua casa, às vezes avisa. Tem criança tossindo há uma semana, de febre — e se você não fosse lá ir? A criança estava tossindo, com pneumonia, e a mãe tomando tererê e conversando e a criança tá lá, tossindo — "E se não tivesse vindo aqui, ver a criança? Ia morrer? E a preguiça de vocês?" Eles se acomodam, ficam esperando, mandam recado pelo agente: "Manda a doutora vir aqui. Tô sem remédio". Mas podem andar, são hígidos, têm 30 anos de idade, ficam esperando. Este é o lado ruim: as pessoas se acomodarem: espera e não ter a responsabilidade sobre a saúde dela. É, acham que toda a responsabilidade é do profissional e da equipe, e não tem esta parte de co- responsabilidade. (M-19-PSF)

Para a médica, a visita poderia gerar dependência e acomodação das pessoas frente aos problemas:

É, fica dependente eternamente. [...] tem alguns que se acomodam e ficam lá esperando. (M-19-PSF)

Nesse mesmo sentido, o técnico de enfermagem destaca que não pode haver desperdício do trabalho:

Eu acho assim: a equipe tem que estar integrada em relação a campo, pra não jogar a visita fora. E também não dar aquele ar pro paciente que ele tem que estar assistido 24 horas por mês [dia]. (TE-56-PSF)

Então, essas visitas, a gente vê isso aí. Então tem que explicar. Até que foi bom ter diminuído, achei, porque, olha, fazer quarenta visitas num mês, que era protocolo da Secretaria, quarenta pro médico, quarenta pro enfermeiro, quarenta pro auxiliar... Eu acho que não é por aí. Visita, visita, visita... Tem que ter educação em saúde. Muita, né? Não é assim através de visita que vai fazer muitas coisas que tem que alcançar. A visita tem que ser específica, pra pessoas que necessitam, que não podem, que não têm acesso. Então a gente faz esse elo de participação pra ajudar o paciente. Até muitos que acham até que é obrigado, acha que o agente é obrigado a marcar consulta, e usuário que a gente tem que passar lá e acabou o remédio e a gente tem que levar. [...] O agente, o serviço dele é esse, o meu é esse, o senhor vai lá, o senhor tem saúde. [...] Então existem casos assim: querer muita mordomia onde não é necessário. Eu acho que tem que ter, é um serviço que nós estamos prestando, que está custando alguma coisa pro governo. Então tem que ser bem aproveitado, bem aproveitado. (TE-56-PSF)

10.4 VISITA DOMICILIAR DO ASSISTENTE SOCIAL

A visita domiciliar integra o rol de atividades do assistente social, e segundo Micheletti (2000) e Amaro (2003, 2007), é uma prática profissional investigativa ou de atendimento. Amaro (2003) aponta que a visita domiciliar como intervenção compreende pelo menos três técnicas: observação, entrevista e relato oral.

A assistente social explica como a visita propicia uma visão mais ampliada das necessidades das famílias e uma atenção mais específica:

Porque se a gente for lá, constata realmente e percebe. Você faz aquele relato ali na hora e não fica faltando nada de importante. [...] E aí você consegue encaminhar e ver, assim, fonte concreta da existência, da necessidade de ser atendida aquela família, aquela pessoa. Isso, eu acho assim, o ponto mais importante da visita, que você vai lá e constata, tem

como o subsídio bem concreto de encaminhar aquela pessoa e de ter, de orientar mesmo, de ver. Na verdade, você não precisa da cesta; tem até como se alimentar. Na verdade, o que ele está precisando, que a auto estima dele melhore pra que ele vá ao trabalho. Então: “Olha, você vai em tal lugar, faz contato, no departamento assim”. (AS-63-PSF)

O depoimento da assistente social mostra como a visita permite constatar a base de sustentação econômica da família e fazer os encaminhamentos pertinentes. Ela relata que ao fazer visitas segue uma sistemática que aprendeu em sua formação acadêmica:

Roteiro, nós não temos. Eu uso aquele que aprendi na faculdade. Toda uma observação geral, assim, e a visita vai descrevendo toda a situação. Por isso, é que por vezes até peço pra entrar, até mesmo pra conhecer a casa. Porque a gente sempre descobre mais coisas. No entrar, principalmente onde tem criança, o que já aconteceu de visitar família e dorme todos numa cama só...: é pai, mãe... São coisas que a gente daí leva o alerta pros pais, que isso não é permitido, e aí isso ajuda bastante. Tem gente que não acha isso importante, que acha que é uma invasão. Mas eu não acho isso, porque eu peço e eles permitem. Nunca ninguém me disse: “Não, eu não quero”. Eles falam: “Pode ficar a vontade para entrar na casa”. (AS-63-PSF)

Nesse depoimento, a assistente enfatiza a importância de conhecer o interior da casa — a área mais íntima (Da Matta, 1985) — e observar quem são os moradores, como convivem e como se relacionam. Destaca o fato de crianças dormirem com os pais na mesma cama, possivelmente presenciando situações da intimidade sexual. Reconhece que nesses casos sua atuação ultrapassa limites da esfera mais privada da família, mas conota que se comporta com respeito, pede licença, e por isso nunca foi impedida de ter acesso à casa.

Também relata que também gosta de observar as condições de higiene da moradia:

E outro dado que eu gosto de ver: pedir licença de ver a casa, questão de higiene. Acho que isso também é importante. Quando é preciso, eu coloco, e se eu perceber alguma coisa que está muito fora, prejuízo pra eles mesmos, eu procuro colocar? “É melhor fazer assim”, não que fale que esteja errado, mas que seria melhor ser diferente?, Pra evitar tais e tais doenças, o mosquito, manter o alimento na geladeira, as coisas limpas. Fica aquele desconforto, e assim vai indo: banheiro, vou olhando; são coisas que vai me chamando atenção. Procuro ajudar, uma forma de ajudar, não achando que aquilo seja um defeito, não. [...] E sempre que possível vou dizer, se está limpa... Eu não vou pra fiscalizar. Por isso que eu gosto de falar, quando eu vejo as coisas se está tudo organizadinho e limpo. É uma colocação minha também. (AS-63-PSF)

Quanto às formas de abordagem, a assistente social relata:

O que poderia melhorar numa visita... Cada um tem uma forma de abordagem; então fica difícil de a gente dizer, eu não sei qual é a melhor abordagem. [...] Então cada um tem uma forma de chegar, de abordar aquele assunto. Não existe uma técnica de visita pra fazer a visita. [...] depende da casa que você vai, depende da pessoa que você encontra, depende até da cara que a pessoa faz quando te vê. Não sei, acho que cada um é cada um, tem um jeito. Não sei o que dizer pra melhorar. Depende do que você vai encontrar pela frente. Se você chega lá, a pessoa já está bicuda com você, você não pode chegar fazendo piadinha — eu sou muito brincalhona, principalmente em visita; até quebra um pouco. Então, a gente chega lá: “Dona Maria [nome genérico], tem café? Vamos comer bolo!”. Nós somos assim. Quando eu nunca fui na casa, então, a gente chega na casa, fala que somos da unidade a gente veio fazer uma visita. Acho que não tem o que melhorar. tem que ter postura, respeito, tem que saber abordar, mas tem que saber abordar principalmente se você achar que não foi muito bem aceito. Você tem que ter umas cartas na manga pra você. Tem muita gente que acha que fazer visita é chegar lá, “Boa tarde”, “Seu nome”, não sei o quê, sabe? Uma coisa muito formal, e visita não é isso. Visita é mesmo você visitar um amigo, conversar de tudo com essa pessoa. Por isso que eu falo: essa coisa da confiança tem que ter. Se não tem, você não consegue. (AS-15-PSF)

Os depoimentos das assistentes sociais evidenciam o grau de intromissão que uma visita pode exercer, porém apontam que, para realizá-la em conformidade

com princípios éticos, é preciso dispor de saberes e respaldo para as orientações (“cartas na manga”), além de habilidades de comunicação.

A assistente social fala da necessidade de que o profissional tenha uma atitude sem preconceitos:

O segredo de uma visita domiciliar é você ir desprovida de qualquer coisa, você entendeu? E tratar como se você já conhecesse, como se você já tivesse entrado ali. E sempre se colocar à disposição. (AS-38-PSF)

Indagada se há uma sistematização quanto à necessidade de visitas de retorno, responde que não, apesar de considerar importante esse aspecto:

Tem vezes que a gente percebe que tem que ir mais. (AS 63-PSF)

A assistente social reconhece, porém, que nem tudo é relatado durante a visita:

Teve mesmo quando eu fui numa casa, que eu fui com agente de saúde, e a mãe quase não falou dos filhos, que pediu. Falou mais do pai e ficamos percebendo, sabe? Aí ela veio aqui na unidade, ela falou e esclareceu e ela pediu que eu voltasse lá, então, só para conversar com os filhos. Até ela não ficou em casa. Os filhos esperaram. Daí foi, assim, bastante interessante. Esses dias ela retornou e falou assim. (AS-63-PSF)

A observação do cotidiano das assistentes sociais denotou como a visita domiciliar está incorporada a seu trabalho. É uma atividade que favorece a integração, pois conhecem melhor a população e sua realidade, e os dados que obtêm são importantes e contêm sentido tecnológico, pois a partir deles elaboram relatórios e guias de encaminhamento e fazem atendimentos com enfoque intersetorial.

10.5 REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

Como já descrito nos capítulos anteriores, a visita domiciliar tem uma marca do trabalho da equipe, pois muitas vezes, já na identificação do problema, há envolvimento de vários profissionais. Observamos também que a visita domiciliar propriamente dita pode ser realizada em equipe, por vários motivos.

A preocupação com a segurança no percurso e na residência foi expressa como uma razão para empreender a visita em duplas.

Dependendo às vezes da localização, que é assim, vamos dizer, você corre risco de gangue ou o agente, eles informam: “Olha, ali assim, na casa...”. Então a gente não anda sozinha, ou eles acompanham, ou vai uma colega aqui da unidade. A gente sempre vai com o técnico ou com a enfermeira ou agente. (AS-63-PSF)

Já aconteceu, assim, de eu chegar numa casa de um paciente hipertenso, que a gente ia esporadicamente. Como ele era paciente rebelde, não queria vir na unidade, [...]. Um dia eu cheguei lá só e ele estava embriagado, e ele falou “Olha, espera um pouquinho, doutora, que eu vou tomar banho e já volto”. Eu não esperei, fui saindo e ele começou a gritar: “Me espera doutora, espera!”, e eu fui embora, não esperei porque eu fiquei com medo. Eu estava só e ele naquela situação. Isso foi um caso. Aí eu nunca mais vou lá desacompanhada. (M-67-PSF)

O médico enfatiza que nunca vai desacompanhado às visitas, e relata uma experiência:

Nunca fazer a visita de forma isolada, ou seja, sem estar acompanhado de mais alguém do grupo. Por uma questão pessoal, por uma questão até civil, por uma questão cultural até. [...] Experiência que eu tive, aonde eu sempre aconselho a não fazer a visita mais isoladamente. [...] Eu cheguei na casa, eu fiz atendimento da mãe com filho recém-nascido, tinha uma outra criança que era deficiente, que felizmente eu fiz essa abordagem, peguei os dados, orientei, encaminhei no alpendre da casa. Eu terminei, aí eu saí; quando eu entrei no carro, alguém batia freneticamente na tampa atrás do carro [o

marido, que havia chegado, ameaçando e pedindo explicações]. (M-42-PSF)

Alguns profissionais expuseram sua preferência para fazê-las em dupla, pois isso possibilita uma leitura mais ampliada:

[...] cada uma observa uma coisa. É por isso que é bom ir de duas, três, porque enquanto uma está conversando, a outra está observando. Costumamos ir em dupla. (E-17-PSF)

A enfermeira relata que sempre prefere ir acompanhada de um colega, o que ajuda compartilhar a responsabilidade da supervisão do trabalho do ACS:

Eu, dificilmente eu ir sozinha. Mesmo numa supervisão, eu procuro estar levando uma auxiliar comigo, até mesmo porque o trabalho é em equipe e eu prefiro que uma outra pessoa esteja vendo uma falha de uma agente. (E-34-PSF)

O enfermeiro do PACS também alega que para dispor de ajuda para os curativos, para dispor de maior facilidade de acesso e para dividir as despesas de transporte opta por realizar as visitas com uma colega, lembrando que no PSF conta-se com o auxiliar de enfermagem, que pode ajudar nessas situações:

Quando é um caso também que eu vá fazer um curativo muito extenso, é uma paciente com dificuldade, eu acabo levando outra enfermeira comigo e a gente faz essa troca: com alguns pacientes dela, eu vou com ela. (E-9-PACS)

As falas indicam que empreender as visitas em grupos é uma maneira percebida como mais segura para realizá-las, ao que se soma a possibilidade de ampliação do olhar sobre a realidade.

A assistente social e uma enfermeira preferem fazer algumas visitas sozinhas, para favorecer um ambiente de maior privacidade:

Se é possível ir sozinha, eu vou sozinha, porque tem coisas, assim, que é melhor falar [...]. A gente e a pessoa da casa fica mais aberta em colocar certas coisas, que mais de uma parece que intimida um pouco. (AS-63-PSF)

Muitas vezes esse paciente não vem e para o agente falar com ele sobre esse assunto, muitas vezes eu não peço, porque é um assunto que entra a sexualidade. É um assunto que pode estar invadindo o paciente de alguma forma e o morador pode não gostar que o agente converse sobre isso. Por isso que eu faço. (E-45-PACS)

Fortes e Spinetti (2004) estudaram a opinião de vários atores sociais do PSF sobre o direito à privacidade nas relações entre usuários e ACS e ressaltam que médicos e enfermeiros, e também as chefias das UBS, entendem que devem ser estabelecidos limites para o ACS com relação ao acesso a determinadas informações dos usuários, como diagnósticos de doenças.

Verificamos que existem vários aspectos que devem ser considerados na composição da equipe que irá fazer a visita. Entre esses aspectos, figuram os relativos a riscos para os participantes.

Uma visita em dupla muito valorizada pelos agentes é aquela feita com a enfermeira. Segundo um agente, isso fortalece seu trabalho e lhe dá maior credibilidade:

Tem bastante diferença. Geralmente quando a [nome da enfermeira] vem nos acompanhar na visita, o morador, ele age diferente. Ele com você é uma pessoa e quando chega o enfermeiro ele muda. Nem todos, mas eles mudam a postura. Porque indo com a gente ela dá mais credibilidade ao nosso trabalho. Ela é tipo, assim, um apoio. Ela indo, eles vêem que a gente está levando a sério o trabalho. (ACS-51-PACS)

Eles valorizam muito quando você chega na casa deles. Melhora a produtividade do agente. [...] O agente, ele gosta da supervisão direta, com ele, justamente por isso. Quando ele chega, ele fala: "Olha, esse é o meu supervisor, o enfermeiro". Ele apresenta. Então, assim, isso dá uma credibilidade dele pra família. (E-45-PACS)

A enfermeira fala da importância dessa visita conjunta como uma forma de integrar supervisão, educação continuada e assistência:

Eu procuro estar mais direcionada naquilo que ele [o ACS] orienta, [...] estar observando o que ele orienta daquele roteiro. (E-34-PSF)

Quando é um caso muito específico, que eu vou precisar da colaboração muito grande do agente monitorizar uma tuberculose, hanseníase, um baixo peso, eu prefiro levar o agente junto comigo, pra que o morador conheça o agente. Eu estou indo pela primeira vez pra dar um respaldo maior. (E-9-PACS)

Os profissionais reforçam ser importante realizar visitas em conjunto com o ACS, de modo alcançar melhor seguimento dos casos e melhor integração entre profissionais, além de permitir ao agente sentir-se responsável pela condução do problema detectado. A enfermeira explica que após as visitas com os ACS, procura realizar todos os encaminhamentos por meio deles, cujo trabalho é assim fortalecido:

Eu faço assim: tudo o que gera demanda pra mim resolver, eu anoto ali. Então eu estou na casa, o paciente fala: “Ah, eu tenho uma suspeita de diabetes. Eu nunca fiz um exame. Não pode andar”. [...] Tudo o que eu trago, obrigatoriamente eu dou retorno através dos agentes. Não sou eu que volto lá; o agente volta como meu elo, até pra consolidar. [...] eu vou fortalecendo vínculo do agente com aquela pessoa. Então eles passam a receber o agente melhor, eles passam a ver o posto também com outros olhos, porque tem aquela pessoa que resolve. [...] A gente resolve, prioriza esses casos, exatamente pra fortalecer o vínculo do agente lá, pra mostrar como o agente é importante. Porque pra elas, às vezes o agente é inoportuno. [...] Só que amanhã ela deixa o agente [entrar na casa]. (E-23-PACS)

Os ACS descrevem como percebem a visita da enfermeira:

Eu acho maravilhoso fazer visita com enfermeiro, porque geralmente você leva naquele caso que a gente sabe que é difícil. Às vezes está com aquele problema ali, aí a gente leva lá bate papo, fica conversando. Então eu acho visita com enfermeiro para mim solucionou muito mesmo, porque

ela mesma vê, ela mesma tenta encaminhar, e eles têm poder de estar vendo com os próprios olhos. Eu tenho o poder de passar informações. (ACS-29-PACS)

Eu acho muito importante. Eu já acompanhei as visitas, e a comunidade, eles vêem que a gente não está sozinha, não é só a gente trabalhando solitário, que a gente está brincando, e pedem visitas pra gente, do dentista, do assistente social, porque tem orientação da assistente social, que, por mais que a gente passe, é bom a assistente social ir lá ver o que está acontecendo, e ela vai. As visitas da doutora nem precisa nem falar que é importante. (ACS-16-PSF)

A enfermeira reconhece o papel imprescindível desempenhado pelos ACS, e reconhece a influência desse desempenho no conjunto da equipe:

A importância do agente comunitário, da visita dele. Que sem o trabalho deles o nosso não existiria, porque eles são aqueles olhos que estão vigiando sempre. Eu acho que na equipe eles não são os mais importantes, o trabalho da equipe toda é importante, mas o deles é fundamental. Se o deles não vai bem, o nosso vai muito ruim. Se o trabalho dele não for uma visita bem feita, ele não conseguir levantar, se uma criança está com a vacina, está atrasada, então você nunca vai conseguir ter uma sequência de trabalho. Ele precisa fazer essa visita muito bem feita pra gente poder fazer também um trabalho bom. (E-34-PSF)

O excerto acima destaca o trabalho do ACS como um grande avanço para a atenção básica.

Quanto à integração entre os componentes da equipe, Peduzzi (2001) escreve:

Os profissionais relatam que após as visitas também sentem necessidade de se comunicar com os colegas para maior integração das ações. Alguns profissionais mencionaram a necessidade da equipe se reunir mais freqüentemente para conversar sobre as visitas, as necessidades identificadas e os encaminhamentos. Pode-se observar que os profissionais gostariam de trabalhar em conformidade com os critérios da equipe tipo integração.

Aspectos correlatos são apontados pelos profissionais que entrevistamos:

Para uma boa visita domiciliar é importante a integração da equipe, porque essa comunicação... — principalmente do agente, porque o agente está direto com o resto da equipe. [...] Tem que procurar dar prioridade na comunicação da equipe: o agente, o enfermeiro também que passa na casa, está comunicando as necessidades da visita. (M-67-PSF)

Pra melhorar a visita, [...] que a equipe fosse mais coesa, [...]. Mas se a gente depois sentasse e discutisse essa visita, como o médico faz, como o enfermeiro faz, ficaria um trabalho completo mesmo. Porque a gente até conversa, com certas equipes, a gente até discute, mas a gente não registra isso por escrito. Isso eu acho que ficaria uma coisa bem fechado. Eu sugeria isso: que cada um tivesse a oportunidade de colocar a sua avaliação pra equipe fechar, assim, uma visita foi completa, mesmo da equipe. Ou que a equipe já tivesse ido, mas tem mais coisas mais... — como é que eu vou falar... —, observações de outros profissionais: eu não tenho assim a visão do que o médico percebeu, e o enfermeiro. Então seria bem interessante cada um deixar o seu laudo. Essa era a minha sugestão: ficar bem completa aquela visita, porque daí saberiam que todo mundo, foi a equipe mesmo que buscou, que procurou; não ficou aquela coisa separada — a enfermeira acompanhou e está acompanhando ainda —, e essa troca assim. E acontece entre as equipes e eu acho isso bastante interessante. Bom seria se sempre fosse assim. (AS-63-PSF)

A técnica de enfermagem relata que ainda não percebe a integração da equipe:

E às vezes a disponibilidade de nossa equipe também, porque nossa equipe ainda não está totalmente integrada. Ainda está faltando alguma coisa para estar bem integrada. (TE-36-PSF)

A agente aponta a falta de reuniões que congreguem os integrantes, e cogita nas razões dessa deficiência:

Às vezes a equipe não se reúne por causa de tempo. Eu acho que falta isso às vezes, essa aproximação, essa falta de tempo pra se fazer algo mais. Ter mais tempo, menos relatório pra se preencher, menos ficha pra se preencher. (ACS-64-PSF)

Observamos mais uma vez como os aspectos relacionados com a organização do trabalho, especificamente o trabalho em equipe, repercutem nas visitas domiciliares e consequentemente no alcance da integralidade.

10.6 TRANSPORTE E MATERIAL

A falta de um transporte para realizar as visitas é uma dificuldade exposta pela quase totalidade dos entrevistados, pois as áreas a percorrer são extensas e a pavimentação é precária:

Quando chove, eu não tenho como passar. Eu atolo o carro, desgaste do carro, quebra meu carro, e gasta muita gasolina pra chegar lá. (E-23-PACS)

Ponto negativo das visitas é o acesso, que cada um tem que ir por contra própria. Esse é o único lado, assim, negativo que eu acho. Porque se a gente tivesse um carro, ou um ressarcimento, seria diferente. Você vai querer dar conta e quer fazer e faz. (AS-63-PSF)

A técnica de enfermagem relata:

Nós não temos carro e saímos a pé, tem dia que a gente sofre, sofre pra ir lá no final da vila [distante cerca de 3 km da UBSF]. A gente vai, faz o possível e vai. A gente sempre leva um material de curativo, pra aferir a pressão, ver glicemia. (TE-36-PSF)

Eu acho que, pra quem não tem locomoção, eu tenho minha moto, fica mais fácil. Mas pra quem não tem, fica muito difícil, porque não tem ônibus. [...] Se eu tiver que ir lá na minha área, eu vou levar mais ou menos uma hora e meia pra chegar lá de ônibus. [...] tem que pegar dois ônibus. O que eu acho mais, no meu caso, é moto. Muito perigoso. Se o camarada chegar e pedir, eu tenho que dar a moto e vou dar a moto. A gente trabalha um bairro violento, como eu te falei [...]. O risco é constante. (TE-56-PSF)

A falta de transporte específico para as visitas é fator que dificulta sua realização, pois onera o trabalhador e pode constituir risco adicional, pela exposição à violência.

Sobre os materiais utilizados nas visitas, as respostas foram sucintas:

Faz uma caixinha, porque você sabe o que vai encontrar. A gente leva o esfigmo, o estetoscópio, glicosímetro pra fazer a glicemia, leva luva, material para curativo, leva álcool 70 [...]. Tem visita, que você vai pra fornecer o material; tem paciente, assim, saiu do hospital, o curativo é grande, a família mesma sabe realizar o curativo, mas precisa ter o material. [...] geralmente a gente fornece quando o paciente precisa. (E-17-PSF)

A gente tem a branquinha [caixa plástica de ferramentas, portátil], levo a medicação de urgência, captopril — às vezes tem um hipertenso, depende do caso, o remédio debaixo da língua. Depende. Não tem material específico de visita. O básico a gente leva. E o caderno, que cada profissional tem o seu caderno. A gente leva pra digitar [mais tarde]. Cada profissional tem o seu caderno e anota o que viu pra fazer o relatório de visita. [...] Uso mais o receituário, solicitação de exames, ficha de encaminhamento, no caso encaminhar para algum lugar. Se for o caso, eu até ligo do meu celular, encaminhamento de caso grave para internação. Às vezes, solicito bombeiro, ambulância, depende o que precisa. O básico é isso. (M-19-PSF)

Aparelho de PA [pressão arterial] eles não fornecem pra gente, [...] você sai sozinha pra fazer visita, você tem que levar o seu aparelho, [...] só tem um aparelho pra uma equipe. Eu acho que teria que ter materiais básicos necessários pra gente estar fazendo visita. (TE-61-PSF)

Notamos que em relação aos materiais necessários para as visitas, somente foi citada a quantidade insuficiente de aparelhos para verificação de pressão arterial.

No estudo sobre a organização do trabalho e perfil dos profissionais do PSF em um município no interior de Minas Gerais (Cotta *et al.*, 2006), o transporte foi a principal dificuldade relatada e a falta de materiais foi a segunda, sendo inclusive um fator de desestímulo para os profissionais interessados em atuar nessa área.

10.7 O HORÁRIO E A DURAÇÃO DAS VISITAS

A escolha do horário da visita está relacionada com a dinâmica de trabalho na unidade de saúde, aspecto já abordado na caracterização das equipes.

Quando indagamos os profissionais quanto ao melhor horário, obtivemos diferentes respostas:

Eu prefiro fazer visita no período da tarde, porque no período da manhã tem os horários que acordam, às vezes a mãe trabalha, então já saiu, a criança está no CEINF [Centro de Educação Infantil]. Às vezes é difícil achar alguém em casa, a não ser que a gente marca o horário para estar lá. Mas eu prefiro tudo no período da tarde: já voltou, já realizou e alguém está em casa. (AS-63-PSF)

Se você vai de manhã, tipo oito horas, pode achar dormindo. Se vai depois do almoço, pode achar dormindo ou vendo novela. É complicado. Chego: “Boa tarde, viemos atrapalhar a sua novela” [...]. Aí eu falo: “Pode desligar a televisão. Agora nós vamos conversar”. (AS-15-PSF)

Embora a profissional relate que encontrar o melhor horário para ambos é complicado, revela que às vezes precisa interromper os horários de lazer. Ela citou que procura fazer isto com bom humor, para não contrariar o morador.

Alguns profissionais realizam as visitas ao término das atividades grupais na comunidade:

A gente vai fazer uma atividade [reuniões com grupos] na área, supõe que a atividade era um grupo grande, mas não vieram tantas pessoas. A gente termina a atividade um pouco mais cedo, ali a gente já está com o pedido da visita e a gente já começa, procurando ir resolvendo, ir atendendo, eliminando quanto mais possível. (TE-12-PSF)

A enfermeira explica que precisa haver flexibilidade nos horários e dias de visitas, devido às questões climáticas e a outras demandas mais urgentes, e de certa forma critica os agendamentos muito rígidos de algumas gerências:

Se a gente tiver que fazer visita nesse dia e choveu, ou qualquer coisa assim, não significa que a gente vai esperar pra fazer na outra semana, pra fazer só porque é o dia [de visita]. Se eu terminei a minha consulta mais cedo e eu tiver disponibilidade, eu vou e faço o que der pra fazer, ou uma coisa mais urgente. Mesmo em hora de atendimento: eu terminei aqui, vou e faço a visita, uma troca de sonda, o que tiver. Então a gente vai seguindo aquele livro, até mesmo pra você não estar se perdendo e fazer. (E-34-PSF)

Quando indagados sobre a possibilidade de avisar os moradores antes da visita, o enfermeiro e o técnico de enfermagem oferecem diferentes respostas:

Como eu tenho uma parte de moradores que tem um nível socioeconômico pouco mais elevado e [também] o pessoal que trabalha, tem alguns moradores que eu ligo antes e agendo a visita, porque às vezes vou lá e acabo não encontrando ninguém, e acabo marcando hora. (E-9-PACS)

Nunca pensei nisso! Eu não sei se seria melhor, não. Tem muitos pacientes, assim, que relutam quanto à medicação e tratamento. Eu acho que eles estariam escondendo muita coisa do médico. (TE-61-PSF)

O agendamento antecipado da visita ou a confirmação da visita poderiam de certa forma evitar possíveis desencontros entre visitador e visitados. No entanto, a fala do técnico de enfermagem mostra que a visita precisaria consistir em um elemento-surpresa, denotando ser preciso encontrar algo que permanece escondido.

Parece haver na visita domiciliar um gesto implícito de interesse pela situação, que se soma a uma possibilidade de constatar algo “de surpresa”. O interesse possivelmente demonstraria uma postura de maior envolvimento do profissional; sob outro enfoque, pode haver caráter de fiscalização e controle.

Quanto à duração, a enfermeira explica:

A minha visita é ilimitada. Se eu tiver que demorar uma hora dentro da casa, vou demorar uma hora. Se eu conseguir em quinze minutos resolver, em quinze minutos eu vou embora. Então eu saio pela manhã, sem prazo. [...] É melhor eu fazer a minha com qualidade, sair de lá com um paciente na mão, do que eu estar lá correndo. [...] Então é assim: a minha visita vai ser conduzida de acordo com a necessidade do ambiente. Se eu captar alguma, assim, [necessidade] social, se eu captar algum deficiente na casa, porque essa aí eu vou entrar e já demorar, já sei que é uma visita demorada. E também aquela de recusa dos agentes. Essas já vou direcionada, e já vou preparada. (E-23-PACS)

Eu acho a visita é muito boa para o paciente. Você sempre tem resposta deles, você sempre tem retorno, você vai, orienta, porque às vezes eles vão à unidade, muitas pessoas perguntando, muita coisa acontecendo, ele não presta atenção direito. Quando você vai à residência, você conversa, você orienta, como tem que fazer — como um paciente que tem diabetes: você fala, orienta da alimentação, que tem que fazer o exame, fala da importância do exame, ponta de dedo. O doutor faz uma orientação boa lá. Quando é no dia, ele está aqui [na unidade] presente. Nem sempre aqui na unidade ele ouve você, porque tem muita gente, vai demorar muito pra me atender. Então eu acho que o retorno da visita é bom, mas são muitas famílias, a gente não consegue. Não tem como fazer pra todo mundo, sem contar que demora pra atendê-lo, porque você vai na residência. O atendimento é mais demorado do que na unidade. (TE-35-PSF)

Os depoimentos demonstram um aspecto que também verificamos por observação: o de que nas visitas há uma dedicação maior de tempo para os encontros. Os profissionais fala que na unidade muitas vezes o usuário precisa esperar para ser atendido e em casa o tempo dedicado a essa interação é maior. Uma médica explica que sua visita requer tempo mais extenso que a de outros profissionais:

Só que é assim: eu acho que minha visita, ela é pouquinho mais demorada do que do técnico ou da enfermeira, e acaba atrapalhando um pouco pra

eles, pois a visita deles é mais rápida. A de médico é mais demorada. (M-67-PSF)

A partir desses depoimentos, poderíamos concluir que um dos aspectos positivos e que apontam para os resultados positivos da visita poderiam estar relacionados com a maior disponibilidade de tempo dedicado a essa atividade pelos profissionais.

10.8 REGISTRO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

Na atenção primária os registros têm dupla importância: por um lado, servem para seguimento e para assegurar a continuidade; de outro, para acompanhamento e avaliação. No Apêndice J consta a relação dos impressos utilizados nas visitas domiciliares da atenção básica em Campo Grande.

Um importante aspecto observado e também relatado como positivo para a longitudinalidade da atenção são as anotações de avaliação clínica, de condutas e outras nos cartões da mulher, da criança, do hipertenso e do diabético:

Os cartões aqui são bem aproveitados: de hipertenso, de diabético, gestante. Então são pacientes nossos; se eles vão em outra unidade e leva o cartão, o médico já sabe de tudo o que acontece com eles. Até mesmo para poder acompanhar o tratamento fica mais fácil a gente resolver o problema. Outra coisa que ela [a médica] faz: grampeia todas as receitas no cartão. Então as pessoas chegam e falam: “Doutora, ela precisa dessa receita”. O hipertenso, ela olha o cartão quando foi a última consulta, se fez o exame, se deu alguma alteração. Por ali ela sabe se pode repetir a receita ou não precisa, marca uma nova consulta. Fica bem mais fácil trabalhar assim. A gente consegue atender melhor. (AS-15-PSF)

Os profissionais várias vezes referiram-se aos impressos que precisam preencher e encaminhar à SESA, por exemplo para justificar a necessidade de materiais. Observamos que os profissionais compreendem a importância desses

registros, porém por vezes se queixam da variedade de impressos que existem e da duplicidade de informações, pois todos os procedimentos realizados com os usuários devem ser também digitados no sistema de prontuário eletrônico da secretaria.

A gerente fala que os relatórios são instrumentos administrativos necessários, inclusive para avaliar a reorientação da atenção:

Você tem que estar vendo como está o andamento da unidade, se ela está sendo PSF ou não, tem está vendo a questão das visitas, ver números de visitas, se fez. Tudo isso tem que ter olhos abertos para tudo. (G-15-PSF)

Alguns profissionais, no entanto, consideram que a exigência é burocrática:

É muita burocracia que nós temos, muito papel, muita coisa, sabe? Ppra você estar... Muito relatório disso, relatório daquilo. As pessoas, às vezes, seus superiores, estão preocupadas com números; eles não estão preocupados com a qualidade que você está atendendo o paciente. (TE-61-PSF)

Há muita cobrança e a estrutura não condiz. Cobram relatório, cobram isso. Dá uma orientação, daqui a pouco eles mandam uma circular que mudou, que não é mais assim. Sabe, existe muito esse tipo de coisa. Nem eles mesmos parecem que estão seguros com o que se passa pra gente. [...] falta de administração. (TE-56-PSF)

As falas dos técnicos indicam aspectos que podem evidenciar uma certa desarticulação entre a prática e as finalidades do trabalho. Para esses profissionais, o preenchimento dos papéis não tem sentido tecnológico.

No entanto, as falas também contêm uma crítica ao enfoque demasiadamente quantitativo das atividades e à excessiva cobrança sem oferecimento de condições de trabalho, além da administração permeada por práticas autoritárias e mudanças constantes.

Quanto aos registros, o estudo de Freitas e Pinto (2005) revelou que a utilização do SIAB pelos profissionais de saúde é incipiente, mas mesmo com as dificuldades existentes poderia servir como base fundamental na atenção primária à saúde.

CAPÍTULO 11

“POIS NÃO, PODE ENTRAR”: OS USUÁRIOS FALAM SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES

Valorizando a dimensão interacional da visita, consideramos importante ouvir também as opiniões e percepções que as pessoas visitadas têm sobre essa prática, para que pudéssemos complementar as visões expressas nas falas dos profissionais e em nossas observações. Esse recurso, que recebe o nome de triangulação, consiste na obtenção de dados de diferentes tipos de fontes e colabora para a validação dos resultados na análise.

A seguir apresentaremos algumas falas dos usuários, que ilustram suas diferentes opiniões e valores sobre as visitas e o trabalho realizado pela unidade.

Para os usuários, as visitas promovem maior integração com a UBS, pois relatam que nelas os agentes oferecem informações, fazem perguntas relativas à saúde, verificam os cartões de vacinação e de pacientes hipertensos, fazem acompanhamento de problemas de saúde e, em algumas unidades, marcam consultas para os usuários que não têm condições de se locomover. Os agentes são extremamente enfatizados nesse trabalho, reiterando o explicitado pelos profissionais. Uma usuária assim se expressa sobre o trabalho da ACS:

Ela é uma agente muito interessante, que se interessa pelo trabalho dela. Ela procura ajudar também. Ela orienta a gente tudo, e quando vê que tem algum problema na área dela ela procura fazer mais de uma vez a visita, pra ver se já resolveu o problema. Ela procura marcar também consulta, tipo preventivo, uma consulta que está difícil pra gente conseguir. Ela vai, dá um jeitinho com a [nome da enfermeira]. (U-25-PACS)

Segundo os usuários, nas visitas são abordadas várias medidas preventivas:

Elas orientam, às vezes sobre o quintal, cachorro, como que tem que cuidar das plantas. Elas orientam tudo isso aí. Às vezes a criança, elas falam alguns sintomas que deve procurar o posto de saúde. Sobre o mosquito [...], cuidar folhas secas, como que tem que recolher, não pode deixar lixo no quintal. Poço, fossa destampada, elas orientam tudo. Tudinho, ela orienta. (U-52-PACS)

Uma usuária relata como a visita da ACS foi importante para convencê-la da necessidade de fazer o exame colpocitológico e de que maneira agilizou seu atendimento:

Ela que descobriu a minha doença pela conversa. Eu nunca fiz na minha vida preventivo, e ela veio: “Dona [nome], tem que fazer”. “Ah, não vou fazer”. E estava com dor. “Vamos marcar amanhã cedo. A senhora vai fazer”. Marcou, ela tem muito cuidado comigo, vem, pergunta do que estou precisando, se precisar de uma ajuda. (U-43-PSF)

Os excertos seguintes, que apontam formas de interação, reiteram que a visita, especialmente a realizada pelo médico, na visão dos usuários é a expressão do Cuidado, demonstrado pela proximidade, continuidade e atenção individualizada:

“A médica é muito boa [...] cuida mais dele, são muito responsáveis. (U-10-PSF, mãe de um filho deficiente)

As visitas deles é quando estou, muitas vezes, precisando da ajuda deles. Eles vêm, eu peço [...] falo pra [nome da ACS] como está a situação e ela fala pra [nome da enfermeira]. Doutor [nome do médico] não pode vir, mas a [enfermeira] vem. A gente é bem atendido nessa parte. (U-43-PSF)

Embora o médico seja a principal referência na equipe, nem sempre pode estar presente, o que gera alguns conflitos e insatisfações, como veremos adiante.

Sobre a ajuda recebida dos profissionais por ocasião da alta hospitalar da filha acamada após traumatismo cranioencefálico, uma usuária relata:

Eu passo pra elas [integrantes da equipe de Saúde da Família]. Então são as pessoas [...] que mais me ajudaram acolher a [nome da filha], em termos de me ajudar, de dar apoio, força, da preocupação que vai falando o certo: é por aqui, por ali. Então é sempre assim. Igual: elas falam que aprenderam mais comigo do que eu com elas. (U-14-PSF)

As falas apontam para dimensões não só técnicas, mas também éticas do Cuidado, pois evidenciam a valorização, pelos usuários, do interesse e da presteza em ajudar:

Já as visitas delas me fazem bem, que elas vieram me trazer coisas boas, me ensinaram mais do que eu precisava. Olhava a minha filha com carinho, pegava na minha filha com carinho, não com nojo. Então essas visitas todas me fizeram bem. São visitas que, todas as vezes que vierem, o portão vai estar aberto pra elas. (U-14-PSF)

Está tão bom assim. Eles fazem o que podem [...], às vezes elas passam aí e pára e cumprimenta, pergunta se está bem agora. É corrido pra eles, [...] porque eles sabem: se acontece alguma coisa, a gente já corre lá, chama alguém, vai alguém lá, fala: “A [nome da filha acamada] não está bem”, lá vem todo mundo. Às vezes não dá tempo de ligarem o carro; vêm a pé correndo. É assim. São muito atenciosos. (U-14-PSF)

Eu gosto demais, porque eu necessito, sou um cara doente, então tem uma visita assim, aparece uma visita assim, deixa a gente mais tranqüilo. Parece que a gente fica mais sossegado, mais à vontade. Eu gosto demais quando ela vem aqui. Nossa, eu gosto demais. (U-18-PSF)

Eu sinto, assim, uma aspiração boa. Me sinto bem. Não me dão remédio, não me dão nada, mas sei lá: a presença dela me faz bem, sabe? Coisa fantástica mesmo. A médica vem aqui assim de vez em quando. Não é direto que ela vem. Demora uns dias, ela vem, as meninas vêm [referindo-se às estagiárias de medicina]. Ela cuida muito bem. (U-18-PSF)

Uma senhora com câncer ginecológico avançado e estoma intestinal relata emocionada o apoio recebido pelo médico do PSF no período pós-operatório:

O importante que eu acho, assim de coração, é a alegria do médico chegar e ver o doente. Ele me levantou, chegou em mim, conversou comigo e falou assim. Eu estava deitada na cama; o médico falou: “Dona [nome da

paciente], se levanta. Se levanta sim!”. “Será, doutor? Parece que eu não vou levantar mais.” Doutor [nome do médico] chegou brincando, não tem tristeza pra ele: “Levanta, Dona [nome]. A senhora não morreu ainda não. Levanta, Dona [nome]”. Pegou na minha mão, me abraçou, levantou. “Tá vendo, Dona [nome], como levanta? A senhora vai ao banheiro”. Pegou na minha mão e levantou devagarinho. [...] “Vamos lá fora ver a luz do dia. Muda seus passinhos”. E ele ajeitando minhas pernas uma pra lá, outra pra cá, saí pra fora. “Tá vendo, Dona [nome], não está gostoso? Olha que ar gostoso, que vento”. Falei: “Tá vendo, doutor, que coisa linda”. (U-43-PSF)

A atenção individualizada e o cuidado dispensado pelos profissionais são muito valorizados nos relatos dos usuários, indo além da atenção assistencial da doença e do tratamento:

Eu acho boas. Eu gosto. São visitas muito agradáveis. Tem dia que a gente está triste, abafado, com aquele problema, [...] eles chegam e contam histórias pra gente, e já levanta o nosso astral. É um Deus, segundo Deus pra nós. Não deixam a gente ficar triste. A assistente social, a [nome da enfermeira] e o Doutor [nome do médico] não deixam a gente ficar triste. Eu gosto muito deles. (U-43-PSF)

Além do serviço profissional delas, elas também têm um lado amigo. Isso ajuda bastante também na recuperação da gente também em casa. (U-14-PSF)

Um usuário que fez tratamento supervisionado de hanseníase fala:

Foi ela [refere-se à ACS] que me acompanhou primeiro. Ela estava vindo três vezes na semana; agora está vindo uma vez na semana. [...] Ajuda pra mim, nem pra mais nem pra menos. Ela vem, faz o que está ao alcance dela. Olha se eu estou tomando a medicação certinho. (U-37-PSF)

Um senhor portador de hipertensão arterial e diabetes, que teve graves complicações, relata sobre a importância da visita da ACS:

Eu vou te falar: não é brincado não. A gente, que nem eu, estou há oito anos com esse problema meu, diabetes, pressão alta, às vezes o médico recomenda: “Sr. [nome do paciente], o senhor faça isso, isso, isso e isso”. Fico meio: “Ah, não, doutor”. Não vou mentir não: vou fazer isso não; vou

fazer o que eu quero. Aí de repente a mulher [refere-se à ACS] chega, passa e conversa comigo: “Não, Sr. [nome], o senhor tem que fazer, por isso, por isso e por isso. Faz o que o médico mandou e tal, tal”. Conversa, e vai pondo isso na cabeça. Não adianta você querer passar por cima. A pessoa vai enfezando; tanta coisa, sei lá. Ela vem dar conselho, vem conversar com a gente direitinho, então. Aconselhar pra ficar bem e fazer o que está certo, está certo. Então é isso aí. (U-46-PACS)

Os excertos acima revelam que, na perspectiva do paciente, o apoio recebido pela visita domiciliar foi fundamental para a aceitação do tratamento e adesão a este, pois houve respeito pelas particularidades individuais e foram explicadas as razões do tratamento, complementando o trabalho médico.

Um pai reconhece a importância das orientações da ACS dirigidas às filhas:

Igual essas meninas minha: às vezes não tem como ocupar a cabeça delas. Então ela chega, aconselha elas: “É assim, assim”. Conversa com elas. Tá fazendo a cabeça, né? Às vezes, nem tudo o que a mãe chega: “Minha filha, é isso”, às vezes a mãe nem tem tempo de estar conversando com elas as coisas direito, certas pra elas. A menina chega, conversa quase tudo que tem que conversar, ensinar como é o cuidar direitinho do quintal. (US-46- PACS)

A atenção dispensada ao cuidador também é apontada, com elogios e reconhecimento pelos cuidados com o filho portador de doença degenerativa:

Quando eles começaram a vir aqui em casa, não me orientaram nada, porque disseram que eu estava de parabéns, eu mesma, sobre a higiene dele, o tratamento dele. Eles já pegaram praticamente encaminhado. Eu já tinha lutado, já tinha conseguido quase tudo. (US-40-PSF)

Os relatos mostram que as visitas parecem permitir um atendimento mais ampliado, com atenção individualizada, respeito e diálogo com o outro, valorizando a pessoa e configurando-se em uma atenção humanizada.

As visitas da enfermeira foram valorizadas por seu conteúdo mais clínico:

A [nome da ACS] vem todo mês, e a [nome da enfermeira], que é enfermeira-padrão do posto, ela faz visita onde que necessita. Onde que tem doença. Aqui ela já veio. Veio já uma vez, mas ela já procura visitar mais assim pessoa que tá muito doente pra ver as condições, tudo. Aqui ela já veio uma vez. (U-25-PACS)

E tive que fazer uma série de exames. Então a [enfermeira] veio aqui, mediu pra ver no dedo, pra ver o negócio de diabete. (U-31- PACS)

Uma entrevistada manifesta um posicionamento positivo em relação ao PSF, falando com satisfação e mencionando sua responsabilidade em apoiá-lo, pois a continuidade do programa depende também da aceitação e colaboração dos moradores:

Pra gente, é uma grande vitória no nosso bairro ter construído o PSF. A gente procura conservar ele em que sentido? Tratando bem as pessoas que vêm aqui fazer a visita; preocupação com o paciente. [...] Então a gente trata bem as pessoas que trabalha lá, pra ter sempre esse crédito com eles também. Não adianta nada eles virem aqui e a gente ser bruta, mal educada, sendo que eles vêm com tanta vontade, eles fazem o que podem. O que eles não podem a gente passa pra frente. (U-14-PSF)

Esse depoimento frisa o modo como uma oferta de serviços adequada contribui para sua valorização pelo usuário, e manifesta também aspectos da responsabilidade e consciência dos limites.

Os usuários também relataram que têm outras expectativas quanto à visita, como o atendimento clínico mais especializado para os acamados e o acesso à UBS, a medicamentos e a especialidades, descrevendo as deficiências percebidas, como se a visita devesse constituir uma garantia para a continuidade da atenção:

Isso seria muito bom pra nós, principalmente pra pacientes acamados. Elas vim fazer uma visitinha, verificar a pressão, porque não temos enfermeira com frequência pra isso, né? Então, só quando a [nome da enfermeira] vem é medida a pressão dele. Eu gostaria muito que isso acontecesse, fizesse esse trabalho pras pessoas mais necessitadas. (U-49-PACS)

Pra mim, no meu entender, que eu tenho pouco estudo, o agente é aquele que leva, ajuda a gente. Um agente não pode marcar uma consulta. Um agente não pode trazer um remédio pra gente, como eu, no meu caso, que não poderia me locomover, como um dia ela [referindo-se à ACS] chegou: eu estava doente, meus dois filhos doentes, sem eu poder me mexer daqui, e pedi pra ela assim: “Será que dá pra você trazer pra mim [um remédio]?”. “Ah, eu não posso”. Ela chorou. “Eu não posso, infelizmente eu não posso, porque eu vou ser mandada embora se descobrirem”. Então eu acho errado. (U-47-PACS)

Esses depoimentos mostram que existem necessidades não atendidas, situação que provoca impacto nos agentes, que não dispõem de condições para resolver os casos ou são treinados a não incentivar a demanda de marcação de consultas ou entrega de medicação domiciliar. Existem limites para o trabalho de cada categoria profissional, conforme seu saber:

Ela ter balança pra pesar as pessoas, ter um aparelho de medir a pressão, um aparelho pra medir a febre, tirar a febre pra quando tem uma criança doente, pra saber como está a temperatura — isso que eu queria que melhorasse mais. (U-37-PSF)

Aqui é um bairro, é um subúrbio, é um bairro carente. Tem muita gente carente mesmo, de verdade, e os agentes estão aí na rua só tomando sol na cabeça, tomando insolação e não podendo fazer nada. A chefe ali é sozinha. Que dia que ela vai sair de casa em casa? Ela não pode. A [nome da enfermeira supervisora do PACS], como que ela vai sair num bairro inteirinho sozinha? (U-47-PACS)

Os depoimentos mostram que existe uma distância considerável entre o que os usuários percebem como necessidades — clínicas e tratamento de doenças — e o que é oferecido nas visitas domiciliares, especialmente aquelas realizadas pelos ACS, que são prioritariamente educativas. A usuária sintetiza assim esse sentimento:

Estão com os pés e mãos amarrados. (U-47-PACS)

Da mesma forma, Paula e Marcon (2001) afirmam que há ainda um descompasso entre a proposta do PSF e as expectativas da população. As autoras analisaram as respostas dos cuidadores de indivíduos dependentes assistidos pelas equipes desse programa, constatando que estes últimos têm maior expectativa, pois suas necessidades muitas vezes estão relacionadas com os níveis secundário e terciário. Concluem que com melhor acesso aos serviços de referência e contra-referência e com a colaboração da educação continuada podem acontecer avanços na aplicação do programa.

Dados semelhantes foram apresentados por Trad *et al.* (2002) como resultado de uma pesquisa com usuários em cinco municípios da Bahia. Os autores concluíram haver satisfação na dimensão relacional com médicos, ACS e enfermeiros, mas reduzida satisfação quanto à dimensão organizacional associada ao acesso e às ações de saúde.

Freitas e Pinho (2001) ouviram as opiniões de usuários do PSF em Goiânia e constataram que o trabalho vigente está centrado na doença. As autoras consideram que ainda é longo e extenso o trabalho necessário para a valorização da educação em saúde como elemento transformador da atual realidade, por sua relação com a promoção da saúde e a prevenção. Os relatos denotaram insatisfação e descontentamento da comunidade frente à dificuldade em marcar consultas, cirurgias e exames diagnósticos pertinentes ao atendimento das doenças, ao que se acrescenta a desmotivação dos usuários com as políticas públicas. Além disso, a resolubilidade insuficiente do programa e especialmente dos níveis secundário e terciário compromete a consolidação de sua estratégia.

Outro aspecto negativo citado por uma usuária foi o não-atendimento de uma visita domiciliar do médico, com decorrentes transtornos percebidos para a continuidade do tratamento do filho:

Umas coisinhas que são mínimas, mas é desagradável, porque você larga de fazer outro compromisso, alguma coisa, esperando a pessoa vim fazer. Às vezes eu vou lá e pergunto: “Por que não foi? Por quê? Eu larguei de levar o menino [filho portador de doença crônica] em um outro lugar. Vou ter que remarcar um compromisso pra ele pra eu fazer. (U-40-PSF)

A mesma usuária informa que precisa insistir para que o médico compareça em sua casa e que a demora da visita pode ter sérias decorrências, como internação hospitalar:

Muito pouco. Quando eu preciso, eu que tenho que ir atrás pedir pro médico vir. [...] Só que você vai lá e faz ele vir porque se você não fica lá, não insistir, ele não vem, porque já aconteceu dele [o filho] ficar internado com problema no braço [...], fiquei dois dias e meio esperando. Ele ficou quinze dias internado, [...] fiquei esperando o médico aqui em casa. (U-40- PSF)

A mãe relata haver solicitado visitas em situações de intercorrência clínica urgente, sem ser atendida. Além disso, em tom de ironia, atribui ao médico a culpa pela internação:

Avisei que agradecia ele por ele ter ido fazer visita em casa, que ele não tinha vindo, que eu estava lá no hospital tantos dias porque ele tinha vindo fazer visita. [...] só falar dessa forma pra ele que eu estou agradecida. Aí ele ficou muito ligeiro comigo. Ele foi lá no hospital visitar, mas daí eu não precisava mais. Eu já tinha outros médicos tratando. (U-40-PSF)

Tal fato nos leva a refletir sobre a grande expectativa que é depositada nas visitas dos médicos do PSF, inclusive para urgências, pautada em um modelo de atendimento à demanda espontânea e centralizado no profissional de medicina.

Por outro lado, a usuária compartilha a idéia, divulgada pelo serviço e aceita pela coordenação, de que a ida do médico ao domicílio diminuiria as intercorrências e reduziria os riscos de internação. Como percebeu uma falha de atendimento a sua expectativa, atribui, coerentemente, a internação do filho à ausência do médico em sua casa.

São citadas também outras insuficiências da prática de visitas domiciliares no PACS e PSF, nesse mesmo sentido (maior valorização das atividades clínicas que das ações educativas):

Pra eles virem na casa é difícil, pro enfermeiro vir pra aplicar a injeção ou alguma coisa. Tem alguns lugares que tem. Eu acharia bom se tivesse, ainda mais pra quem não anda: eu de vez em quando tenho que tomar injeção. (U-32-PACS)

Gomes e Torres (2003) avaliaram a opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma unidade de Saúde da Família em Natal. O estudo foi desenvolvido com famílias com más condições socioeconômicas. As famílias entrevistadas mostraram-se satisfeitas, embora o atendimento ofertado não estivesse modificando perceptivelmente sua situação de saúde e as condições de vida. O estudo complementa que, de fato, há baixa resolutividade dos problemas de saúde e pouca capacidade de encaminhamento a serviços de maior complexidade tecnológica.

A falta de recursos e de atenção secundária e terciária também imprime ao PSF responsabilidades e necessidades para as quais este não tem como dar respostas. Os profissionais, apesar de em sua maioria ressaltarem a importância da prevenção e promoção, por vezes tentam assumir problemas de saúde de usuários, pela falta de referências disponíveis. As expectativas por maior atenção clínica, que é insuficiente para a demanda, influenciam na desqualificação da educação em

saúde, cujo foco é a prevenção, a qual por vezes acaba percebida como inadequada ou dispensável:

Pra mim, o agente é aquele que leva a saúde, [...] Não adianta blá-blá-blá no meu ouvido aqui e não fazer nada. [...] Tem eu, tem o velhinho: se a mulher vai parir, se o agente de saúde chamar uma ambulância ela é repreendida. E eu passando mal aqui, [...] E agora, pra que agente, gastar dinheiro do governo, ensinando o que a gente não precisa? Eu mesmo estou precisando aqui de uma ajuda alimentar e não posso ter. [...] Tem tanto idoso, tem tanta gente carente, tem gente aleijado, tem gente de cadeira de roda — pra que andar aqui nessa vila aqui cheia de buraco? (U-47-PACS)

Por outro lado, uma usuária que tem posição social diferenciada e que é professora, com maior consciência política, manifesta concordância com a proposta do PACS e explica:

Eu acho prioritário a visita deles nas casas e principalmente pra acompanhar e burilar a responsabilidade que cada cidadão tem do seu organismo. Acho fundamental. (U-4-PACS)

Em seu depoimento, ela valoriza o papel do agente, que transmite informações e realmente tem se empenhado com a prevenção e promoção à saúde. Acredita que isso trará resultados positivos e que precisaria haver mais apoio para esse tipo de trabalho. Considera que o papel da educação em saúde está voltado à promoção da saúde e depende da responsabilidade das pessoas e dos dirigentes:

Eu acho extremamente válida. [...] Porque tem certas pessoas que são arredias, até mesmo pela questão de falta de conhecimento. [...] Então, eu acredito que se realmente o estado tivesse imbuído em diminuir o custo — que o agente de saúde, qual é o papel dele? Ao meu ver, ele vem de casa em casa pra diminuir a quantidade de pessoas que vão procurar o posto e hospitais. Você tendo um acompanhamento sistemático, você tem como diminuir estas vindas e idas ao posto, ao hospital e melhorar a totalidade de saúde. [...] Abrir realmente a sua casa, ter um espaço pra recebê-lo e

realmente dar o valor que ele tem, de vir trazer essa informação. (U-4-PACS)

Embora opiniões como a expressa nesse relato não sejam as mais prevalentes, demonstram que as pessoas que não estão vivenciando uma necessidade clínica e em que dispõem de melhores condições de vida podem ter melhor percepção da importância da educação em saúde para uma maior conscientização política da população.

Constatação semelhante também foi obtida por Trad *et al.* (2002), que observaram que quanto maior é o nível de informação do usuário sobre os objetivos, atividades e regras de funcionamento do PSF, maior a satisfação em relação ao programa. Acrescenta que o nível de informação está também condicionado ao grau de escolaridade do usuário e à eficácia das estratégias de comunicação e informação.

Um usuário relata que conversa com a ACS sobre o lixo nas ruas e terrenos baldios do bairro, mas reconhece que a agente não tem com atuar sobre isso. Tal aspecto chama atenção para os limites da intersetorialidade:

Mais preocupa a gente é que eles não podem fazer nada, [...]. [Nossa expectativa] É que quando a gente reclamasse no posto eles atendessem a reivindicação, que toda vez que a [nome da enfermeira] vem eu bato na mesma tecla, mas ela não pode fazer nada. E é que os próprios da Secretaria de Saúde parasse ali em cima e comesse a multar todos que jogam lixo ali — caminhão passa, jogam lixo — e que ali em cima é um depósito de mosquito. (U-37-PSF)

Os entrevistados trazem sugestões para um trabalho intersetorial:

Agente de saúde trabalharmos juntos com a Pastoral da Criança [...]. Porque eu acho que iria melhorar mais, porque nós, como nós somos da

Pastoral da Criança, nós não temos o acesso ao posto diretamente e os agentes de saúde já têm. Então facilitaria, ajudaria. (U-25-PACS)

Quanto a outros aspectos da visita domiciliar, uma usuária menciona que a saúde masculina é insuficientemente abordada. Considera que os problemas genitourinários masculinos devem merecer ênfase comparável à da prevenção do câncer ginecológico:

Então teria que ter [...] mais agente homem, porque de repente faz aquela visita — pode ser um casal, não sei, né?; um agente e uma agente; um homem e uma mulher —, de repente o caso seria mais fácil pro homem pra lidar. Eu me sinto bem à vontade. Se fosse um homem já não ficaria à vontade pra estar conversando. Então acho que deveria. (U-10-PSF)

Uma entrevistada aponta como desagradável a presença de estagiários na visita, nela percebendo um caráter de intromissão e fiscalização.

Elas não trazerem as meninas pra estagiarem. Só a doutora é o suficiente [risos]. Eu não gosto que fique mexendo nas minhas coisas, principalmente do [nome do filho]. Eu acho que um profissional é o suficiente. Elas olham tudo. Quero que só a doutora fique mexendo nele. [...] Quando eles vêm, elas entram na casa. Eles olham tudo: se limpo, como limpar. Porque se sente incomodado, porque é muita gente pegando, fazendo pergunta. (U-22-PSF)

As falas dos usuários apresentam consonância com muitas das falas dos profissionais ao apontarem que a visita contribui para a integração na atenção primária, aproximando os usuários da UBS, e para a adesão ao tratamento e aceitação das medidas preventivas. São valorizados a dimensão interacional, o vínculo e a continuidade. As opiniões referem-se às deficiências no atendimento prestado pelos serviços de referência, à resolutividade das visitas quanto a demandas assistenciais — especialmente no caso de pacientes crônicos e

acamados —, à ausência de ações intersetoriais e à insuficiente abordagem da saúde do homem.

Nesta pesquisa, todas as entrevistas com os usuários foram realizadas em suas casas, ou seja, procedemos a uma “visita-pesquisa domiciliar”, obtendo com isso muitos relatos sobre a situação de saúde dos moradores e sobre as dificuldades vivenciadas nos encaminhamentos e agendamentos, mas também relatos de vivências positivas. Essa experiência reforça que a visita domiciliar, ou seja a interação no ambiente doméstico, poderia propiciar melhor verbalização das necessidades e dificuldades pelos usuários. Assim, a “visita-pesquisa” teria também um potencial de permitir a expressão de sentimentos e desabafos, e até a ausculta de necessidades eventualmente não expressas em outros espaços de interação. Dessa forma, os depoimentos anônimos coletados sobre as dificuldades e deficiências dos serviços poderiam constituir-se em um elenco de informações importantes sobre a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, configurando uma forma de ouvidoria e subsídio para os projetos de avaliação e melhoria da qualidade assistencial dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 12

“O BOM DA VISITA É O DEPOIS”: A VISITA DOMICILIAR E OS DIVERSOS MATIZES DA INTEGRALIDADE

Uma vez analisados “os bastidores e o desenrolar das visitas domiciliares”, nosso propósito ao longo deste capítulo será o de empreender um olhar sobre as visitas buscando identificar seus possíveis produtos, isto é, a visita como um todo e sua articulação com o trabalho da equipe e a unidade, que serão analisados à luz dos eixos escolhidos da integralidade em saúde.

Nossa concepção é que a visita domiciliar poderia consubstanciar vários aspectos pertinentes a seu potencial integrador em um conjunto de práticas de saúde, tendo como premissa que a visita não é um procedimento isolado nem somente uma atividade restrita a uma categoria profissional.

12.1 A VISITA DOMICILIAR COMO PRÁTICA INTEGRADORA NA ATENÇÃO BÁSICA: SUAS REPERCUSSÕES E TENSÕES

Nesta seção, serão apresentados os vários alcances da integralidade percebidas no conjunto do material coletado, e também as tensões que se estabelecem.

12.1.1 A VISITA DOMICILIAR COMO LÓCUS DE AÇÃO DA EQUIPE

A visita domiciliar permite um encontro entre a equipe e usuários, constituindo-se em uma oportunidade imediata de atenção, como relatado por uma enfermeira:

Então você vai lá, consegue intervir ali na hora, igual quando o doutor vai: a gente leva o aparelho de medir pressão, o aparelho de medir glicemia, receituário, se ele precisa de um medicamento já prescreve, a gente já avalia a temperatura de uma criança. Então depende da situação que você vai encontrar, mas não precisa esperar pra intervir lá na unidade; você já pode interferir ali: uma orientação de higiene, da casa, no quintal que às vezes não está legal, adequado — sujeira você vê muito —, o ambiente que a pessoa está ali. Às vezes até mesmo um problema familiar: algumas vezes encontra as pessoas lá e consegue conversar. Então, eu acho que o PSF sem a visita domiciliar, ele vai voltar o modelo antigo: o ambulatorial mesmo. (E-34-PSF)

O relato da enfermeira sugere que a intervenção realizada no domicílio é vista como ágil e eficaz, pois abrevia o tempo que seria necessário ao agendamento e locomoção do usuário. Segundo a depoente, a visita também previne complicações de saúde e, segundo nosso referencial, possibilitaria uma ampliação da leitura das necessidades, tais como as relacionadas ao contexto familiar e ao ambiente.

A visita domiciliar é também uma opção para a prestação de cuidados a moradores acamados, cadeirantes e com dificuldades de locomoção, como exposto por um agente:

Exemplo: troca de sonda. Uma menina de minha área, a [nome da enfermeira] vai lá pra troca de sonda. O cuidado que ela necessita, tem recebido aqui. Não necessita ir pra hospital, em hospital só pra trocar uma sonda. Faz aqui: já melhorou muito. Trabalho de visita é isso: melhorar no possível as condições de saúde dessa pessoa. (ACS-64-PSF)

O fato de a equipe assumir um procedimento junto a um paciente é muito bem aceito pela família, por poupar transtornos de transporte e perda de tempo em busca de atendimento, e por ser um procedimento de valor indiscutível para quem o necessita. Outra vantagem, na perspectiva do sistema de saúde, é a redução da demanda nos serviços de pronto atendimento e redução da internação em hospitais, como já mencionado pela Coordenação Municipal (Capítulo 5).

- *Em várias conversas que tive com os enfermeiros, foi-me relatado sobre as visitas com finalidade de avaliação e troca de sonda nasointestinal e vesical. Esta prática já foi incorporada pelos profissionais e citam as vantagens para a pessoa que está em casa. Também acompanhei alguns procedimentos e vi diversas interações com os pacientes e familiares, as condições de ambiente e o manuseio dos materiais. Observamos alguns procedimentos que consideramos muito adequados e outros inadequados para o paciente, a família e a equipe, devido à falta de condições de segurança. (Registro de observação, PSF 6)*

No entanto, uma enfermeira explica que nem sempre é fácil realizar os procedimentos no domicílio:

Você só vai na casa realizar o procedimento se não tiver como o paciente vir mesmo. Porque [...] o procedimento fica mais difícil na residência. Tudo é mais difícil pro enfermeiro [...] auxiliar ou você tem que treinar: “Não, a senhora pega aqui”. E depois, o cuidador, ele faz todo o procedimento ali, te ajuda, ele dá facilidade. Mas assim, o procedimento melhor, o mais viável pra nós, fazemos aqui na sala [refere-se à UBS], que tem o material. Faltou alguma coisa... [há material sobressalente]. Na residência a coisa é mais complicado de trabalhar, [se] você contaminar alguma coisa. [...] São dificuldades que a gente aprende no dia-a-dia, parte dos procedimentos no domicílio. Só o fato de você ir no domicílio já é, não é tão... A sonda que a gente fez lá, não tem luz dentro do quarto, a agente lá comigo [com] uma lanterna pra ir clareando, sabe? Não tem mesa, não tinha uma superfície pra mim colocar material. Então é assim: puxa uma cadeira, um banquinho lá de fora, passa um pano no banquinho. É constrangedor pra falar pra ele

[o esposo da paciente]: “Olha, limpa o banquinho”. Até isso a gente pára pra pensar na hora de falar perto do morador. [...] Essas coisas assim, é dificultoso o procedimento, é tudo isso. É uma outra realidade. [...] Se estivesse na unidade básica, não tinha acontecido nada disso. (E-45-PSF)

Com base em sua experiência, a enfermeira explica que para determinados procedimentos, como sondagem vesical e curativos extensos, que exigem técnica asséptica e auxílio de outros profissionais, o domicílio não é um local indicado. Sem outro profissional, espaço e iluminação adequados, materiais específicos e condições para lavagem das mãos, há risco adicional de infecção e de novas lesões. Ela complementa que percebe também que o esposo da paciente não se sente à vontade com a realização desses procedimentos em sua casa.

O relato de uma técnica de enfermagem ilustra as precárias condições para a realização de curativos no domicílio:

Às vezes a pessoa tem um curativo daqueles que exala o mau cheiro, que a gente vai fazer e às vezes está chovendo e goteira está caindo. A gente está em cima sem ter onde ficar, sabe? Sem conforto nenhum. (TE-12-PSF)

Alguns procedimentos assistenciais em domicílio requerem instrumentos, materiais e ambiente que não estão disponíveis, interferindo na finalidade do trabalho desejado, repercutindo negativamente na qualidade assistencial e reforçando a concepção de que a visita domiciliar é uma alternativa de qualidade questionável nesses casos, aproximando-se de uma atenção primitiva à saúde (Testa, 1985) e realizada por precariedade de condições de transporte e acesso às unidades. Cabe aqui lembrar que esse tipo de visita é muito importante para a população, além de ser a principal indicação de ida de profissionais de formação universitária às moradias.

- *Acompanhamos uma alta de um paciente do hospital com uma lesão vascular na perna e várias úlceras de decúbito. Após a avaliação, a equipe viu a extensão das lesões e a necessidade de curativo diário e a conduta foi organizar um transporte para levar o paciente todos os dias para a UBS fazer o curativo. (Registro de observação, PSF 6)*

Esse registro de observação mostra como outras alternativas podem e por vezes são realizadas quando há condições (transporte) e dispõe-se de materiais, saberes e profissionais na atenção primária que possam fazer as tarefas necessárias. O atual contexto aponta também para a estruturação de serviços de assistência domiciliar mais específicos e de ambulatórios para pacientes que demandem cuidados clínicos do nível secundário, como vem sendo proposto pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003d).

12.1.2 A VISITA DOMICILIAR COMO VIA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO

Uma grande potencialidade da visita domiciliar é favorecer a procura e o acesso dos usuários à UBS, graças à contribuição significativa dos ACS.

O enfermeiro que acompanhou a implantação do PACS em uma região estabelece comparações com a fase anterior e considera que houve mudanças significativas, apontando que as visitas domiciliares repercutiram em uma maior procura dos serviços na unidade:

A gente já percebeu bastante — como eu já estou aqui antes do PACS, seis meses antes do programa, agora no programa, a gente observou que a utilização da UBS aumentou bastante: aumentou na campanha da vacina das crianças, dos adultos, dos idosos. A gente percebe a procura maior. Então o atendimento aqui aumentou bastante. [...] na visita domiciliar a gente acaba informando os moradores também os serviços da rede. [...] E

nós acabamos informando os serviços que o sistema está proporcionando, como fazer o prontuário, quando que abre, o agendamento pra eles pra consultas. [...] Uma melhora no atendimento da família, às vezes a família tratando de uma forma equivocada, acaba orientando a forma correta, [...]; busca ativa também no tratamento de tuberculose; hanseníase tem melhorado também; porque a gente acaba fazendo o acompanhamento das crianças de baixo peso. [...] avalia e vê se ela está surtindo o resultado esperado. (E-9-PSF)

Segundo Starfield (2002), a atenção ao primeiro contato funciona como uma “porta de entrada” para o sistema de saúde, evidenciando para o usuário a existência de acessibilidade, ou seja, disponibilidade dos serviços de saúde e condições de acesso a estes, os quais passam a ser buscados em novas situações.

De forma semelhante, a agente relata haver conseguido que muitos usuários hipertensos fizessem acompanhamento na Unidade de Saúde da Família:

Quando inaugurou o PSF aqui, eu fiz com que a maioria deles voltasse pra esse posto aqui [pois freqüentavam uma UBS convencional] e fizesse acompanhamento de hipertensão aqui. (ACS-58-PSF)

Os ACS informam os moradores sobre os atendimentos na unidade e fazem o acompanhamento dos encaminhamentos:

Visita, cada dia é novidade. Cada casa é um caso diferente que acontece, mas visitas boas é [...], quando chego naquela visita à pessoa está com um tipo de problemas ou alguma coisa que eu consigo resolver. [...] E eu passo as orientações e elas vão até ao posto ver o que precisa, fazer o exame que precisa. Faz o exame, dá tudo certo. No outro mês que passou, ela supercontente porque resolveu e deu tudo certo. (ACS-29-PACS)

Aí eu encaminhei ela pra enfermeira. [...] saiu naquele corredor do posto procurando médico pra atender essa criança e já encaminhou essa criança pra tudo quanto foi lugar. [...] são essas coisas assim, que você manda, você vê resultado, e você sabe. A gente tem uma boa equipe, porque é que dá esse apoio grande. (ACS 48-PACS)

Por exemplo, gestante. Às vezes está desorientada, não sabe por onde começar, às vezes é até de menor, não conta pros pais, querem fazer o exame. Aí o que eu faço? Venho aqui, converso com a enfermeira: “Que dia que ela pode?” e tal. A enfermeira fala: “Não, ela pode vir tal dia”. (ACS-59-PSF)

Os depoimentos indicam que a visita agiliza o acesso dos usuários à UBS, como se a visita fosse uma senha ou um atalho para o atendimento na UBS. Além disso, o ACS descobre pessoas que necessitam dos serviços, mas não chegam a buscá-los. Os casos relatados pelos agentes são bastante detalhados e esses profissionais demonstram satisfação quando percebem resultados.

Quando os profissionais transmitem informações aos moradores e divulgam o trabalho da UBS, às vezes percebem resistência. Em alguns casos, há desconhecimento dos usuários; em outros, estes citam experiências de mau atendimento que tiveram nos serviços de saúde, os quais repercutiram na confiança e credibilidade que depositavam na UBS:

Porque às vezes tem um paciente que chega na unidade que uma pessoa não trata bem ele: então já ele cria uma certa resistência. Às vezes não quer deixar nem a gente chegar na casa. Você tem que conquistar essa pessoa. Primeiro a gente tem que saber por que ele está resistente. [...] Às vezes fala que aquilo é uma porcaria; a gente tem que conquistar ele, mostrar pra ele que não é aquilo que ele às vezes pensa, se foi maltratado por um outro profissional, mas falo que nem todos são iguais. [...] É horrível, porque ele [o usuário] generaliza, todos [refere-se aos funcionários da unidade] são iguais pra eles. Aí, a partir do momento que ele passa a conhecer você, a gente consegue conquistar ele, ele já faz uma idéia diferente. Igual àquela senhora que foi visitar [cita uma visita feita pela técnica de enfermagem e acompanhada pela pesquisadora]: ela já veio umas três vezes aqui na unidade. O filho também. Já estão integrando mais com a gente. Então hoje ela veio de novo. Quer dizer que ela estava com uma certa resistência. (TE-36-PSF)

- *Conversei com os técnicos de enfermagem e falaram que existem pacientes faltosos dos programas, que não vão até a UBS, pois se sentiram maltratados, e nas visitas os moradores relatam estes fatos. Também percebi que na visita domiciliar os usuários relatam muitas queixas sobre o atendimento. Fico pensando que talvez a visita domiciliar propiciaria a criação de um clima mais favorável para os desabafos sobre a insatisfação do usuário em relação às unidades. (Registro de observação, PSF 2)*

Os excertos demonstram a existência de uma tensão, pois ao mesmo tempo em que o profissional está encarregado de informar e divulgar o trabalho da UBS, destacando sua importância, defronta-se com usuários que tiveram experiências negativas com o serviço público e conhecem as deficiências reais do sistema. Em tais casos, tem redobrada importância a capacidade do profissional em acolher o usuário, ouvindo seu relato e compreendendo a experiência do indivíduo. A visita passa, assim, a ter uma função de reparo de uma experiência adversa vivenciada anteriormente na unidade de saúde, mas também fica claro como é fundamental a qualidade do atendimento na UBS.

A assistente social relata que a visita domiciliar lhe permite conhecer a realidade dos usuários, entender seus problemas e realizar um acolhimento melhor na unidade:

O outro lado positivo é você conhecer a realidade onde a pessoa mora, porque você atender ela numa sala, com ar condicionado, é uma coisa; agora você ver onde ela mora é outra coisa. Você conhecendo a realidade, vendo o problema de perto, é mais fácil pra você conversar, pra mostrar, tentar que ele mude o comportamento — tem que ser sensibilizada pra uma mudança, pra uma melhora. [...] Você conhecendo a realidade fica até mais fácil de você entender as atitudes, porque se chega nervoso, se ele chega deprimido, [...] fica mais fácil pra você de entender e dar encaminhamento naquilo, de você tentar resolver, tentar ajudar e ele sabendo que você conhece. Então ele fala: “Você viu aquele dia?”; se abre mais, eles abrem a

guarda mesmo, fica bem mais fácil conversar. A visita domiciliar é um instrumento importante pra conhecer mesmo. Você está lá no posto consultando mesmo, a pessoa às vezes chega nervosa, aí o povo, eles vêm, dá chique. (AS-15-PSF)

A visita pode proporcionar uma percepção diferenciada da realidade e o profissional acha que passou a ficar mais sensibilizado pela maior compreensão do contexto, ressignificando assim o sintoma clínico e o conteúdo do trabalho.

Teixeira (2003) discorre sobre acolhimento dialogado como uma expressão de integralidade: uma técnica especial de conversar que pressupõe um acolhimento moral da pessoa e de suas demandas pelo diálogo em busca do conhecimento maior das necessidades do usuário e das possibilidades e modos de satisfazê-las. Para o autor, “a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”.

O depoimento a seguir exemplifica um caso em que o primeiro contato ocorreu no domicílio, seguido de outros na unidade:

Um agente me procurou e disse tem um senhor que tem um filho adolescente e ele tem medo de vacina e passa esse medo pro filho. Então o filho precisa tomar vacina, mas ele, cada vez que eu faço a visita, ele fala que não vem e não orienta o filho a procurar também. Aí nós fomos fazer a visita, eu e a [nome de outra técnica de enfermagem]. Fizemos a visita pro paciente, conversamos com ele, com os filhos, e ele falou do medo que tinha e nós orientamos ele. Ele falou: “Se eles quiserem ir, podem ir. Agora eu não vou”. “Então vou esperar o senhor tal dia com os meninos, porque o senhor tem que ir para acompanhar. Eles são de menores”. Ele veio e falou: “Se eu chegar lá, você vai me atender?”. “Vou. O senhor pode chegar lá e me procura”. Veio e me procurou, fui na sala de vacina, apliquei nos dois, na menina e num garoto. [...] E na próxima vez que o menino veio, ele [o pai] veio também e tomou [a vacina]. Então teve o resultado positivo da visita. É gratificante fazer a visita. (TE-35-PSF)

Sobre as interações, Costa (2004) descreve que somente a constatação de reconhecer o “outro como alguém diferente de si mesmo” poderá orientar o melhor caminho quanto ao modo de falar com o outro, sem coerção, não obrigá-lo a aceitar medidas ou condutas decididas por outros. Significa atuar com cautela devido à situação de fragilidade e vulnerabilidade em que o outro pode se encontrar: doente, marginalizado ou discriminado. Nessa relação, os sujeitos devem buscar “encontrar um terreno comum no qual possam se entender”. Esse terreno instaura o diálogo como instrumento capaz de diminuir uma relação distante e desigual.

As situações descritas, tanto de aceitação das orientações como de resistência e desabafo, demonstram que nas visitas domiciliares provavelmente as relações tenham um potencial mais dialógico, e uma postura empática do trabalhador com o usuário. No entanto, há um sutil limite entre o controle, persuasão e diálogo. Por vezes a adesão às orientações de busca de serviço podem ser mais de “obediência” que de “consciência”.

12.1.3 A VISITA E A ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento pode ser considerada como o grau de coincidência entre as medidas terapêuticas prescritas e o comportamento do paciente (Pierin, 2001), constituindo-se em importante desafio para os profissionais de saúde que cuidam de pacientes, principalmente quando estes são portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

Os depoimentos a seguir denotam na perspectiva dos profissionais, que após as visitas muitas vezes constataam uma mudança de comportamento, com maior colaboração dos usuários. Um médico expõe:

E felizmente, porque quando a gente visita, a gente consegue ter neles colaboradores. Com certeza, aproxima sim, facilita muita coisa. [...] Muda, na adesão do tratamento. Muito em tudo. Adesão, na busca posterior ao serviço, no controle, na compreensão da prescrição de uma receita que ele não está sabendo como usa, está tomando errado. (M-42-PSF)

Pierin (2001), havendo estudado a adesão ao tratamento na hipertensão, afirma que “a problemática da adesão ao tratamento é complexa”, sendo influenciada por vários fatores relacionados tanto ao paciente quanto à doença, ao tratamento, a aspectos institucionais ou ao relacionamento médico–paciente. Sugere que para enfrentar esse desafio é necessária a participação ativa do hipertenso e uma atuação conjunta da equipe de saúde na implementação de estratégias que facilitem a adesão, como convocação de faltosos e desistentes, visita domiciliar, reuniões de grupo e estabelecimento de contrato com direitos e deveres do paciente e da equipe, entre outros.

Outra médica explica essa relação:

Com certeza, [a visita domiciliar provoca] mais adesão. E às vezes o paciente aqui no consultório, o paciente está aqui, alguns dias você está bem ocupada, ele leva o medicamento e ele nem sabe usar direito, não é bem orientado. E você indo lá, você tem tempo de estar orientando. Mesmo o agente pode fazer isto. Qualquer pessoa da equipe pode estar orientando e, às vezes, você chega lá e você vê que está fazendo tudo errado. E você tem a oportunidade de estar orientando a família, porque às vezes o paciente vem aqui sozinho e você não consegue dar orientação, e lá não: lá você dá orientação pra outras pessoas da família, pode atender melhor. (M-67-PSF)

O tempo despendido, a comunicação, as orientações mais individualizadas e a participação da família são fatores presentes nas visitas, favorecendo uma maior adesão ao tratamento.

12.1.4 A VISITA DOMICILIAR E A PREVENÇÃO

Uma das diretrizes que orienta as estratégias do PACS e do PSF é a priorização de medidas preventivas a doenças. A prevenção tem caráter de intervenção frente a alguns agravos que podem acometer indivíduos ou coletividades, e sustenta-se pelo saber epidemiológico, da educação e outros. Nesse sentido, os ACS têm conseguido desbravar um importante caminho, desempenhando um importante papel na divulgação das ações preventivas e captação de pessoas. Nas visitas, eles enfatizam a importância das vacinas e do exame de prevenção de câncer ginecológico, e relataram os casos em que conseguiram convencer as mulheres a fazer esse exame:

Paciente também que não quer fazer preventivo, [...] tem uma senhora, ela nunca tinha feito preventivo. Aí eu consegui que ela viesse no posto fazer. Consegui assim: depois de umas dez visitas na casa dela. Uma, que ela ficava com medo que o marido dela não quer — isso que eu falo: é cultura; você entra no mundo dessas pessoas. [...] Aí ela fez o preventivo. Então são situações assim, que você tem que ter... Aí que entra a visita que eu estou te falando. (TE-61-PSF)

Existem, porém, muitas barreiras à implementação das medidas preventivas, devido à falta de informação, de motivação e de interesse dos usuários, além de falhas na operacionalização dessa diretriz. Em relação à qualidade da interação, muitas vezes as medidas preventivas assumem caráter autoritário e disciplinador, até pela necessidade de cobertura.

- *Em quase todas as visitas dos agentes é falado sobre o preventivo de câncer para as mulheres. A frequência e a maneira insistente e repetitiva com que esse tema é abordado me chamam a atenção. Porém fico pensando se a concordância em fazer esse exame é devida a essa forma de abordar ou se há uma assimilação da importância desse exame pelas mulheres. Como será que a visita realmente influencia na cobertura do programa e redução de casos de câncer com o diagnóstico precoce? (Registro de observação, PACS 5)*

Como medida de prevenção e detecção de câncer ginecológico, o Ministério da Saúde preconiza a realização de exames, que só serão efetivos no sentido de diminuir a mortalidade se houver cobertura adequada (Pinho *et al.*, 2003).

As agentes apontam a importância do enfoque preventivo, reconhecendo que seu principal instrumento de trabalho é a educação em saúde, embora admitindo dificuldades e a necessidade de abordagem individualizada:

Existem várias dificuldades, porque o trabalho da prevenção, ele é um trabalho muito difícil, porque você não trata a doença. Você previne antes de adoecer. E a coisa mais difícil é você fazer a pessoa entender que ele tem que ir ao médico sem estar doente, sem estar sentindo alguma coisa, mas que ele tem que ir pelo menos uma vez no ano fazer um check-up pra dar uma olhada. (ACS-48-PACS)

Porque cada caso já é um caso, nem uma família é igual à outra. Mas a preocupação maior nossa, ela consiste por exemplo na dengue, na leishmaniose, que é muito problemática, da limpeza do terreno. A pessoa, pelo menos da minha comunidade, ela não tem aquela visão de que o quintal limpo ele ajuda muito na saúde preventiva. E a minha maior preocupação é essa, de lixo, de gravidez na adolescência, o problema do hipertenso. Muitas pessoas jovens estão ficando hipertensos. (ACS-59-PSF)

- *Vejo como nas visitas os agentes procuram explicar e convencer as pessoas sobre a importância da prevenção, enfocando a higiene e hábitos de vida. Por vezes, sinto que há um grande enfoque para as medidas de cunho*

individual e muito pouco sobre os fatores mais macroestruturais, sociais e culturais. (Registro de observação, PSF 6)

A prevenção de doenças é muito ampla e sua concretização depende de iniciativas individuais e das condições de vida, mais gerais, além de serviços de saúde estruturados.

12.1.5 A VISITA DOMICILIAR COMO APOIO AOS CUIDADORES

Durante o período de observação, muitas vezes os profissionais relataram suas experiências em visitas com pessoas que cuidam de doentes em casa:

- *O enfermeiro prepara material para as visitas e fala que mensalmente visita pessoas acamadas e debilitadas. Percebi que nas visitas o enfermeiro cumprimenta os cuidadores com atenção e demonstra interesse fazendo perguntas sobre alimentações, higiene, eliminações, e investiga se há problemas como úlceras de decúbito, escaras, desidratação etc. (Registro de observação, PACS 1)*

Os cuidadores são segundo Mendonça (1998), pessoas que assumem os cuidados de doentes em casa. Frequentemente este é um trabalho solitário e os que o exercem recebem pouco apoio. Realizam vários tipos de atividades voltadas ao bem-estar e ao tratamento e por vezes assumem também funções que eram desempenhadas pelo doente. Tal sobrecarga de atividades muitas vezes leva a um quadro de desgaste físico e emocional (Floriani, Schramm, 2004; Sena *et al.*, 2006).

A visita domiciliar pode ser um instrumento de apoio instrumental e psicoeducativo para os cuidadores. Um médico expõe sua preocupação em

estabelecer um elo com os cuidadores e relata que após a visita abre-se um canal de comunicação e prioridade com os cuidadores domiciliares de doentes:

Procuro ao mesmo tempo criar espaço físico pra que essa pessoa que foi orientada na visita chega ao posto e seja prontamente encaminhada. Porque muitas das vezes ele deixa paciente em casa e vem em busca daquela solução imediata. Então ela não pode demorar. [...] Deixo os componentes da minha equipe alerta que tal pessoa vai chegar e a gente vai encaminhar primeiro. Então, assim, alguma coisa a gente pode ajudar enquanto referência pra unidade e pra encaminhamento e para esclarecimento. (M-42-PSF)

O relato revela como a visita possibilita integração das ações voltadas ao paciente e cuidador em dois ambientes: domicílio e UBS.

A gerente de unidade relata sobre uma família que não queria a visita do enfermeiro:

Quer é internar. Você [vê], assim, que é pra se livrar daquela pessoa. Então, tudo o que você propõe não dá certo: “Olha, faz isso” — não dá certo. “Olha, faz de tal jeito” — não dá certo. “Põe na cadeira de roda, leva pra tomar um solzinho” — “Ah, é muito difícil. Tem muitas dores...” Então você já vê que o próprio familiar não aceita aquela pessoa, né? Principalmente idoso. (G-6-PACS)

O cuidado em casa é muito complexo, pois envolve dedicação de um ou vários membros da família, recursos financeiros e apoio dos serviços de saúde. A situação relatada mostra, no entanto, como a visita por vezes pode também conflitar com a vontade dos usuários, expondo novamente os tênues limites entre necessidade e imposição. A visita desempenha um papel com que se pode ou reiterar a autoridade, por vezes até impondo atribuições que não podem ser assumidas pela família, ou estabelecer um espaço de diálogo, que permite buscar as alternativas e apoios necessários nos serviços de saúde e sociais.

12.1.6 A VISITA DOMICILIAR, A LONGITUDINALIDADE E O VÍNCULO

Starfield (2002) expõe sobre a longitudinalidade no contexto da atenção primária, definindo-a como uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes. Haver atenção longitudinal significa que os usuários reconhecem o serviço como “seu” e que os prestadores reconhecem pelos menos implicitamente um contrato formal ou informal para serem a fonte habitual de atenção orientada à pessoa — não à doença —, podendo essa relação manifestar-se por período definido ou indefinido (Trad, 2006).

Os seguintes relatos permitem sugerir que a visita pode contribuir para a longitudinalidade:

Eu acho que de ponto positivo é que você consegue estabelecer uma relação de confiança, as pessoas realmente percebem que você está preocupada com ele, percebe que querem ajudar realmente a resolver o problema. Eles até de uma certa forma te ajudam a resolver o problema, [...] você cria um vínculo do PSF e essa coisa de família. (AS-15-PSF)

Benéficos, porque o morador, a família vai te conhecer. Ela me vê aqui na unidade; quando eu vou lá na área dela, na casa dela, ela sente assim: “Puxa, é uma pessoa igual a mim”. O vínculo é maior. Isso é gratificante. “Nossa, você veio na minha casa!” Tipo assim, às vezes você aceitar um copo d’água: “Nossa, você aceita!”. Às vezes você não quer. Um simples, assim, uma água que você toma, é aquele vínculo mesmo. Aquela confiança que a família vai adquirir em você, é gratificante. [...] aquele negócio “tem que vestir a camisa” mesmo, vou fazer, vou trabalhar, quero conseguir e quero melhorar alguma coisa na minha área, na minha comunidade. Sempre tive em mente. (E-70-PSF)

Os profissionais relatam mais sobre as maneiras de manter a confiança com o morador, evidenciando aquilo a que Ayres (2001) se refere como sabedoria prática:

Uma coisa importante: quando você fala que vai, tem que ir, porque se você não [for] eles falam: “Eu te esperei. Você não foi.” [...] Porque se não vai, você já perde um pouco da confiança. Aí depois para voltar é complicado. (AS-15-PSF)

Ir até o fim e ver aquela coisa acontecendo; isso pra mim é bom. (AS-63-PSF)

E sempre estar retornando. Isso é extremamente importante, pra não perder o vínculo. A questão da confiança que ele deposita na gente. (E-17-PSF)

Os depoimentos também apontam a necessidade de se proceder a uma avaliação dessa atividade:

Eu acho, assim, que a gente percebe que a visita foi boa não é no momento da visita; eu acho que é depois, porque quando você vai na visita, você faz as orientações, depois volta lá, você vê que ela fez um pouquinho do que ela orientou. Aí que você vê que a visita foi legal. (AS-15-PSF)

Eu acho que nesses casos está sendo bem acompanhado. A gente se sente bem quando a gente vê que a questão foi resolvida. Porque a gente deu uma resposta que a pessoa precisava, então houve um retorno, então isso é bom, isso dá credibilidade pra gente continuar trabalhando, porque você vai numa casa, a pessoa te passa alguma coisa e você não tem como dar uma resposta pra ela, ou um caminho para ela resolver a questão. (ACS-64-PSF)

As assistentes sociais consideram que sem continuidade a visita não faz sentido:

Nas visitas, tudo que a gente vê que precisa encaminhar automaticamente, encaminha. Se eu não estou, elas trazem, até mesmo os agentes trazem, dependendo do caso. É porque a visita até perde o sentido: foi lá, visitou, mas não resolveu nada, o que adiantou ir lá? Com certeza, não tem como não estar. Se eu vou lá e vejo a necessidade da pessoa e eu não vou resolver, não adianta nada. É aquela história: eu vou, conheço o problema e não resolvo nada. Então eu não vou e nem fico sabendo. (AS-15-PSF)

Eu gosto muito e friso: nas visitas domiciliares, se você encaminha e procura orientar, e por isso a gente solicita que nos dão um retorno. O que foi feito, não: vou continuar, e não encaminhar e encaminhar novamente. Não, eu gosto de saber o que aconteceu e, se não aconteceu, a gente

procura saber por que não deu certo. Então isso é o meu desafio. Eu não quero ficar, que a coisa pare somente por eu ter ido e dou por cumprido. Não. Eu gosto de ver a resposta. (AS-63-PSF)

Vários estudos sobre a implantação do PSF abordam as dificuldades com a contratação e manutenção do quadro de profissionais. Além disso, às vezes são feitos remanejamentos, sendo alta a rotatividade dos profissionais das equipes de atenção básica.

- *Observei uma equipe que estava fazendo uma redivisão das microáreas, então haveria uma troca dos agentes e famílias. Na reunião eu via em cada ACS o apego aos moradores e a vontade de não fazer as trocas de famílias. Acompanhei as últimas visitas da agente e presenciei um clima de despedida: “Olha, vai ter uma substituição, é a última vez que vou passar aqui”. As pessoas reagem de diversas formas, como perda, indiferença ou postura questionadora. (Registro de observação PSF 6)*

A fala a seguir evidencia essa relação entre a confiança e troca de ACS:

Sempre que muda o agente eles [os usuários] ficam assim: “Mas cadê o outro? Por que ele não veio?”. Então eles têm uma certa desconfiança quando chegam pessoas novas. [...] Vai da conduta do agente de saúde ganhar a confiança dele. (ACS-51-PACS)

O caráter concreto da longitudinalidade também se relaciona com o planejamento do trabalho, o estabelecimento de mecanismos de transição, o trabalho em equipe e um eficiente sistema de registro.

Na esfera da atenção básica, a longitudinalidade é afetada pela frágil relação entre o trabalho dos ACS e a unidade de saúde ou pela precariedade do trabalho da UBS, além da falta de respaldo especializado:

A gente escuta muito. Tem uns que falam: “Eu sei que não é com você”. Mete pau do posto, que o funcionário não te entendeu bem, fulano recebeu

mal, que não gosta do médico tal, que demorou para ser consultado. É mais reclamação do que elogios. A gente tenta informar como funciona o posto, conversa com a pessoa, tenta explicar alguma coisa, o que eu sei pelo menos, porque às vezes não é só culpa do pessoal que está lá no posto. (ACS-3-PACS)

Às vezes acontece deles ir no posto e não ser satisfatório pra eles. O que acontece lá, eles reclamam para nós. A gente vê se coloca elo de novo, porque a nossa obrigação é esse estar colocando um elo entre a comunidade e o posto. Algum caso sério acontece de repente, o paciente está nervoso com funcionário, a gente passa pra enfermeira, conversa: “Por que tratou assim?”. (ACS-29-PACS)

Nós, agentes de saúde, nós levamos o problema pra unidade. Eu acho que lá dentro da unidade, eu acho que deveriam ter mais um pouquinho de atenção. Pra dar uma força maior pra gente, pra gente poder — não digo, assim, resolver o problema — pelo menos amenizar o problema do usuário. Eu acho que teria que ter mais um pouco de atenção da unidade com os agentes. (ACS-71-PSF)

Porque PSF tem que ser a preventiva. Eles ficam revoltados quando chega lá: “Olha, não tem vaga pro médico, e o médico atende tantas pessoas, é só aquilo ali. O encaixe, dois ou três encaixes no máximo”. [...] Então fica, assim, difícil. É muita gente pra uma equipe só. Só temos uma enfermeira, um médico, um dentista. (ACS-71-PSF)

Os relatos dos ACS apontam as precárias condições de atendimento das UBS e o elevado número de usuários para cada equipe. Os problemas relatados dizem respeito ao funcionamento da unidade, refletindo a organização tecnológica do trabalho, já abordada no Capítulo 7. As ações desenvolvidas nas visitas domiciliares geram uma demanda predominantemente clínica para a unidade, e que muitas vezes a sobrecarrega, levando a desgastes nos integrantes da equipe e comprometendo a consolidação da proposta. A implementação do PACS e do PSF requer simultaneamente um aperfeiçoamento das equipes e das unidades, visando propostas e soluções mais abrangentes e efetivas.

12.2 A VISITA DOMICILIAR E A INTEGRAÇÃO COM OS NÍVEIS SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO

Para Starfield (2002) e Ibañez *et al.* (2006), a integralidade, ou elenco de serviços, consiste nos arranjos que as unidades de atenção primária devem fazer “para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas” (Starfield, 2002). Inclui os encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos, internação domiciliar e outros serviços comunitários.

O depoimento a seguir revela como, durante a visita, uma ACS reconhece uma necessidade e convence o usuário a ir ao especialista:

A primeira senhora [refere-se à primeira visita do dia acompanhada pela pesquisadora] que deixou eu marcar oftalmo [oftalmologista]. Ela falou que poderia marcar, [...] faz anos que ela não ia e cada vez mais estava ficando com a visão pior ainda, e ela quase não enxerga. Eu achei assim: “Posso marcar pra senhora?”. Porque nas outras vezes eu já tinha pedido pra marcar, ela não deixava. “Então você marca pra mim.” [...] Não é só você ir olhar o quintal, falar de dengue e leishmaniose. Se a pessoa está ficando quase cega, então tem que ter especialista, ir acompanhando como está indo. Eu gostei da visita de hoje. (ACS-29-PACS)

Em uma visita, o agente constatou tentativa de suicídio e fez o encaminhamento necessário:

É que nem aquele caso que eu estava contando pra você, que eu fui fazer a visita, o homem já estava com a corda pronta pra cometer o suicídio. [...] Conversar com ele, não é daquela forma que ele vai resolver aquele problema. Aí, nós encaminhamos ele pra um psiquiatra, conseguimos solucionar o problema. Porque às vezes a gente passa ali, é menos uma vida. (ACS-59-PSF)

A assistente social relata também sobre visitas a usuários que não conseguiram obter continuidade de tratamento ou que tiveram dificuldades no acesso a outros níveis assistenciais:

Acontece você chega na casa, a pessoa não está bem, como aconteceu com Seu [nome] [...], a gente ia lá, ele não estava bem. Chegava aqui, a doutora tinha que fazer encaminhamento, ligar para o SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgências] pra chamar, ou então a gente vai lá, vê que a pessoa tem a receita médica, mas não tem o remédio, e a gente tem que voltar na [nome da Unidade de Pronto Atendimento] pra pegar o remédio. Você tem que dar encaminhamento, [...] já está quinze dias com o pedido do exame e que não marcou, que tem que ser agendado, que precisa ser visto, que a pessoa não está bem e ela está com pedido de ultrassom, por exemplo, e não marcou. Aí, pego, trago e vou ligar. (AS-15-PSF)

Vários profissionais das equipes apontaram que os serviços de referência são de acesso muito dificultoso, pois não há oferta suficiente, com disputa pelas vagas para consultas com especialistas e para exames. A assistente social revela que precisa recorrer a contatos informais para conseguir vagas:

Ligo, falo com minhas amigas, elas dão um jeitinho e marcam, faz encaixes. [...] Então a gente tem bom relacionamento por conta da gerência ser assistente social. A gente liga lá: “Preciso de um ultrassom”. “Pode ser pra tal dia?” “Pode.” “Então já está agendado.” A gente agenda fora do computador. Elas deixam umas vagas pra isso. (AS-15-PSF)

A gerente ressalta a necessidade de haver uma retaguarda assistencial, pois há pessoas doentes que precisam de médico e hospitais:

Pra estar melhorando essa, porque só a visita não adianta. Porque a enfermeira conforta, mas não resolve. Se ele tem que ir ao médico, se ele tem que ir até o hospital, a visita não resolve. Nem mesmo a visita do médico não resolve se ele precisar de exame, se ele faz hemodiálise, transplantado, problema de rim. (G-6-PACS)

A gerente enfatiza que para os doentes crônicos o acesso aos serviços poderia ser melhorado com a implementação de transporte social, em especial para os renais crônicos e portadores de doenças neurológicas e osteoarticulares.

Outra forma de integração com o nível terciário ocorre quando são realizadas visitas domiciliares para acompanhamento de egressos de hospitais, pois as visitas possibilitam a detecção de necessidades, proporcionam agilidade e oferecem suporte e segurança ao paciente e família:

Mesmo que você não tenha uma referência e contra-referência atuante, e quando o paciente sai, que ele esteve internado, nossa agente de saúde vai e traz: “Tal senhor e tal e tal estava internado, teve alta e voltou”. Quando é possível, a gente encaixa e faz essa visita. Aí a gente vai procurar saber o que aconteceu lá. E aí a gente passa pra ele, por exemplo, a necessidade do retorno para o ambulatório. (M-42-PSF)

- *Na calçada estava uma senhora cuidando de uma moça na cadeira de rodas com graves seqüelas neurológicas. Ela é a mãe e me contou que a filha tem 18 anos, sofreu acidente de moto, ficou internada no CTI, recebeu alta e está em casa há quase um ano. Fui convidada para ir até o quarto e fiquei impressionada pela estrutura tão completa para os cuidados em casa, tudo muito organizado, limpo e planejado para o atendimento: banheiro exclusivo, várias cadeiras de rodas, cama hospitalar, materiais, decoração, espelho e assim por diante. A mãe se comunica com a filha, através do olhar. A mãe é muito envolvida e recebe apoio dos colegas e da SESAU, como as dietas, equipo para dieta, sonda de aspiração, gases e seringas. Ela contou que recebeu um apoio importante da equipe de Saúde da Família, e foi fundamental na fase de transição pós-alta hospitalar, pois sempre estavam presentes. Segundo ela “não desapareciam; agora que vêm menos, pois não precisa tanto”. Achei isto muito positivo, pois apesar de considerar um caso complexo, pude ver como o apoio da equipe do PSF foi importante. É um exemplo de integração entre o nível hospitalar e a atenção básica. (Registro de observação, PSF 2)*

Esse exemplo reitera como os vários serviços — atenção básica, hospitais e serviços especializados — podem funcionar de forma integrada, otimizando o que cada um deles pode oferecer.

- *Fiquei pensando como poderiam ser feitos projetos compartilhados com os vários profissionais de saúde e os vários serviços. Também vi como é importante envolver o usuário, isto é, estimulando sua responsabilidade. (Registro de observação, PSF 2)*

12.3 ENFOQUE FAMILIAR

Em diversos momentos os profissionais se referiram às famílias como objeto de seu trabalho nas visitas domiciliares. Starfield (2002) cita que uma orientação para a família pode contribuir para bons serviços de saúde. Nesse sentido, o enfoque familiar, segundo Ibañez *et al.* (2006) pressupõe levar em conta o indivíduo em seu ambiente cotidiano, quando a avaliação das necessidades de saúde considera o contexto familiar e a exposição de ameaças de qualquer ordem, bem como enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados.

No entanto, como expõe Ribeiro (2004), não há nos programas uma orientação específica quanto à definição do que seja família, de forma que convivem atualmente várias concepções de família, segundo o conhecimento, a experiência e os valores de cada profissional.

Os profissionais entrevistados manifestam que durante as visitas incluem o enfoque familiar, embora inexista uniformidade na concepção de família.

Observamos que muitas vezes os profissionais mencionam a família, mas fazem uma abordagem individual, que Ribeiro (2004) considera ser uma perspectiva

em que o foco real da atenção são os indivíduos: homem, mulher, portador de hipertensão arterial, acamado etc. Nesse caso, a família é cliente nominal, mas não o foco de cuidados. A família, como um todo, pode constituir elemento de ajuda ou de entrave, necessitando portanto de orientações e treinamento, como exposto pela enfermeira:

E outra: você conversando com a pessoa aqui [na unidade de saúde] é uma coisa, mas na hora que você vai à casa, [...]. E como que ela vive, que condições que ela vive, quanto ela ganha? Você vai conhecer a possibilidade dela, então a informação é bem mais rica. [...] onde ela mora [...]. Você conhece. Até pra você orientar, eu sinto bem preciso, você tem que ter a visita. Você tem que estar lá junto. É diferente. (E-70-PSF)

A mesma enfermeira enfoca a família como o ambiente, que segundo Ribeiro (2004) constitui a infra-estrutura material, e as condições de cuidado desse espaço:

Até no saneamento, ou às vezes dando banho na criança, a higiene com as condições que ela tem, não sei explicar: “Onde que a senhora dá banho? Deixa eu dar uma olhadinha. Aonde que seu nenê, seu filho usa o banheiro?” (E-70-PSF)

Outra abordagem envolve o enfoque família–indivíduo, no qual os sentidos se unem focalizando o indivíduo no contexto domiciliar e familiar. Nesse enfoque, a expectativa é quanto ao desempenho dos papéis, deveres e responsabilidades da família e a educação em saúde. Nessa concepção, freqüentemente a família assume tarefas de cuidar do doente devido a insuficiências do setor público, ficando seus componentes sobrecarregados:

Eu gosto muito de fazer visitas. Assim: eu chego, procuro já saber como que está, se a pessoa, se é acamada, está se recuperando, quanto tempo ela está assim, como foi que aconteceu. Qual é a disposição da família de cuidar aquela pessoa, qual a renda, quem mantém a família como um todo, quais os participantes daquela família, quem mora ali junto. Se é pai, se é

mãe, se é irmã, quem mais — isso pra mim é bastante importante saber: se é da família, se não é. (AS-63-PSF)

Nos excertos a seguir temos o enfoque voltado às condições de um grupo específico de famílias, geralmente aquelas de risco social, que vivem em comunidades periféricas e necessitam de melhores condições materiais e sociais de sobrevivência. Na relação com essas famílias há “conflitos de concepções dialéticas entre proteção, solidariedade, cidadania, discriminação, julgamento e fobia”. Muitas vezes, devido a posições ideológicas decorrentes de sua inserção social, formação profissional e juízo de valores, os profissionais podem, nessa abordagem, ser afligidos por contradições (Ribeiro, 2004).

A assistente social relata:

Maioria das vezes são famílias mesmo um tanto desestruturadas, como a gente vive uma situação hoje. Desestruturada, mas sempre a mãe como esteio. A mãe, os filhos, uma avó que acompanha. Aí eu procuro ver esse lado, procuro saber do amparo financeiro, se existe um benefício, se existe uma aposentadoria, a renda, se tem algum que sustenta a família. Isso também é importante nas minhas colocações. (AS-63-PSF)

A enfermeira fala que durante as visitas pode conhecer melhor o contexto e ver as reais condições dos integrantes da família e seus cuidados com a saúde, denotando o que, segundo Ribeiro (2004), constitui o enfoque família, no qual se considera sua identidade, com simbolismos, emoções, racionalidades e intencionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades. Nessa abordagem, ser família ultrapassa as individualidades, requerendo-se uma apreensão das condições materiais e emocionais, das relações sociais e da capacidade de adaptação e de fazer escolhas:

Você vai pra visita, você observa não só a questão social, mas a questão familiar. Você tem como observar, por exemplo, como a mãe trata aquele

filho, como que é o relacionamento deles, quando vai sair, como que fala pra mãe. São coisas difíceis de observar, que é a parte afetiva mesmo, aquela pessoa que queixa, e faz exame, mas nunca tem nada, mas o que está acontecendo? [...] Às vezes toma remédio e não adianta. Então às vezes, quando você vai trabalhar o paciente, tem que trabalhar a família. É bem aquela coisa abordagem familiar mesmo e é muito trabalhoso, trabalho de formiguinha. Casos gratificantes e outros que te deixam lá embaixo. O importante é não desistir. (E-17-PSF)

- *Ela me mostrou o arquivo e como organiza as fichas de família por rua. Acha que assim é melhor, pois por ordem alfabética é uma confusão. Sempre retiram de manhã as fichas e colocam para a médica olhar, e assim tem funcionado. Periodicamente organizam este arquivo e tiram as fichas de moradores que não residem mais na área. (Registro de observação, PSF 2)*

12.4 INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade compreende um conjunto amplo de políticas, diretrizes e ações relativas a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços assistenciais, cuja função primordial é a proteção da saúde individual e coletiva por meio da atuação direta sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde (Andrade, 2006)

Os depoimentos apresentam as situações em que, nas visitas, há percepção da necessidade de uma ação intersectorial:

Nem tudo a gente consegue. Como eu te falei, tem casos que são sociais, que não depende só da saúde; engloba uma coisa maior, que é o problema social, famílias muito carentes. Agora estamos com um caso de uma família, uma senhora que tem oito filhos: ela tinha uma fossa, estourou, ela não tem como fazer outra, porque o marido dela é [coletor de materiais] de reciclagem. Então é um problema social que depende de outros órgãos. [...]

Eu não posso chegar e falar: “Não pode ter essa água correndo”, mas aonde ela vai colocar essa água? Como ela vai fazer? (ACS-64-PSF)

Aí falei com a [nome da enfermeira] e pedi pra ela fazer a visita comigo pra ela ver, [...] porque senão vou estar deixando o problema pra trás sem resolver e não é justo, porque estou deixando uma criança sem escola, uma criança que está sendo maltratada. Tem que encaminhar. (ACS-29-PACS)

A assistente social exemplifica vários encaminhamentos a instituições e os programas e benefícios sociais que podem ser alcançados após as visitas:

E a gente tem que estar sempre em alerta com a rede de atendimento, porque cada visita que se faz, surge alguma rede que tem que acionar, encaminhar. [...] em buscar o social que modifica toda hora essa questão, o lado social das coisas. Então, Delegacia da Mulher, Conselho Tutelar... (AS-63-PSF)

A partir da leitura de necessidades realizadas durante a visita, a assistente social planeja uma atenção com a utilização da intersetorialidade. Ela conhece locais em que se podem conseguir camas, cadeiras de rodas, colchões de água e de ar, leite para recém-nascidos órfãos e cestas de alimentos. Cita também outras instituições, como Associação dos Vicentinos, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Centro de Integração Infantil (CEINF), Justiça Comunitária e Secretaria de Assistência Social.

- *Uma ação intersetorial importante aconteceu no bairro carente da área de abrangência da equipe de PSF 6, em que muitas casas não tinham pias, sanitários e tanques. A equipe de PSF fez um mapeamento destas famílias e respectivas necessidades e concretizou um projeto de melhorias sanitárias. Durante as visitas, os profissionais nos mostravam quais casas haviam sido contempladas, descrevendo como eram antes e a situação atual. (Registro de observação, PSF 6)*

O ACS relata uma experiência intersetorial:

Olha a remoção da favela: muito boa, porque nós lutamos muito pra que fosse removida. [...] O pessoal da Secretaria de Obras, da Saúde, [...] porque não tinha condições deles morarem ali, condições desumanas. Às vezes eu tinha até vergonha de falar de saúde num lugar daquele lá. Porque não adianta só ACS trabalhar sozinha, o posto trabalhar sozinho. Então o posto tem que trabalhar junto com a prefeitura em ações que vão melhorar a unidade [de saúde], [...]. Não adianta eu ir lá e falar “prevenção, prevenção, prevenção”. A prefeitura também: ela tem que fazer a parte dela. (ACS-59-PSF)

Sobre a mesma experiência, a enfermeira relata:

Eu procurei saber onde que faz, onde que tem. Na Secretaria tem; quem pode fazer pra mim? E botava todo mundo doido: “Me dá uma luz, me dá um caminho”, e fui indo. [...] acreditar no trabalho, e foi tanto que deu certo. Era o banheiro, torneira... Então a casa mais necessitada, foi feito um levantamento e foi feita uma pesquisa. (E-70-PSF)

Observamos que em várias situações a visita domiciliar, especialmente a realizada por assistente social, enfermeiro e ACS, pode funcionar como um desencadeador de ações intersetoriais, e que a pressão das questões sociais e sua determinação na saúde parecem tornar-se mais visíveis com as visitas.

12.5 A VISITA DOMICILIAR NO PACS E PSF

A partir da análise dos dados sobre a visita domiciliar, observamos que em ambas as modalidades (PACS e PSF), as visitas tem potencial de contribuir para a integralidade nos diversos matizes colocados.

Nesse sentido, ao longo deste trabalho pudemos observar que nas visitas dos agentes e enfermeiros do PACS e PSF há muitos pontos convergentes quanto aos instrumentos e saberes utilizados.

No entanto, em cada uma dessas modalidades operam processos de trabalho de saúde distintos, em parte devido ao fato de a composição da equipe no PSF ser maior e a área de abrangência e o tamanho da população no PSF serem, menores que no PACS. Além disso, há outros aspectos relacionados com a dinâmica interna da equipe e sua inserção com a unidade básica de saúde, que distinguem o PACS do PSF.

Neste estudo, vários profissionais entrevistados relataram que não percebem diferenças importantes nas características internas das visitas. Segundo os depoimentos das enfermeiras, porém, existem diferenças nas repercussões das visitas:

Eu sinto que agora o PSF tem mais apoio, tem mais respaldo. Trabalha-se melhor. Mas o que eu fazia enquanto enfermeira de PACS, quando eu ia à visita, é a mesma coisa. (E-70-PSF)

Na questão do PSF, eu me sinto um pouco mais segura, porque no PACS era eu e os agentes. Então tinha muitos casos que você ia lá e identificava os problemas e não tinha pra quem passar, quem dividir. Não tinha médico que podíamos discutir, [...]. Agora no PSF já tem essa tranquilidade de saber que você tem uma equipe contigo, você tem uma assistente social, tem um médico, tem um dentista. Então você se sente mais apoiado. Eu achei extremamente gratificante sair do PACS e vir pro PSF. (E-17-PSF)

Aqui eu não tenho continuidade. É só eu. Eu faço muito, e às vezes eu não tenho médico pra ir lá ver o paciente. E às vezes é caso que é só médico. Eu não tenho, assim..., acho que o PSF tem maior resolutividade. (E-23-PACS)

Portanto, verificamos que no PSF, com equipes que incluem especificamente médico, odontólogo e técnico de enfermagem, há um incremento no desenvolvimento de ações assistenciais de cunho clínico, o que atende a uma significativa demanda da população, configurando-se em um trabalho mais curativo.

Considerando que de certa forma as visitas espelham o perfil assistencial das unidades, as visitas no PSF também assumem essa característica, o que foi constatado neste estudo.

Por outro lado, as equipes de PACS não dispõem desses profissionais para acolher os encaminhamentos dos agentes e enfermeiros. Não dispondo de outro respaldo assistencial, as atividades do enfermeiro e do agente estariam então mais concentradas na educação em saúde, e conseqüentemente as visitas do PACS assumem um perfil mais preventivo, como também observado nesta investigação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O macrocenário deste estudo é o contexto atual das políticas de saúde do Brasil, com ênfase na implantação de uma política nacional de atenção básica cujo mote é a reorganização da atenção à saúde no país. O referencial teórico é a atenção primária, que consiste em uma tecnologia assistencial que compreende um nível assistencial com complexidade de saberes e baixa densidade tecnológica, tendo a integralidade como norte. A atenção primária requer não apenas os saberes clínicos e de áreas correlatas, mas também o aporte dos conhecimentos da epidemiologia, antropologia e psicologia, além da adoção de um leque de instrumentos como trabalho em equipe, educação em saúde e intersetorialidade, com suas respectivas atividades, entre as quais se situam a visita domiciliar e os trabalhos educativos. No Brasil, a atenção básica tem sido a resposta governamental para a implementação da atenção primária, que se configura hoje como uma arena de vários interesses, com multiplicidade de atores, variedade de concepções e realidades heterogêneas, que se configuram no PACS e PSF, programas que, embora não sejam as únicas modalidades de atenção primária em curso, são as recomendadas e incentivadas financeiramente pelos gestores de saúde.

Em ambas as modalidades, a visita domiciliar apresenta-se como uma ação emblemática, com potencial de contribuição para a atenção básica, evidenciado pela designação de um profissional específico para essa atividade — o ACS —, além da recomendação de que seja realizada por todos os profissionais de saúde.

Com um olhar mais acurado, revisitamos na literatura disponível os documentos do Ministério da Saúde e artigos científicos sobre os programas Agentes Comunitários e Saúde da Família, a fim de identificar indícios que

apontassem características possíveis e desejáveis da visita domiciliar na atenção primária. Dentre estas, sobressaiu a possibilidade de contribuição da atividade para o alcance do princípio constitucional e do ideal da integralidade. Em vista disso, incluímos como base teórica os conhecimentos a respeito da integralidade que inicialmente almeja a integração das ações assistenciais e preventivas, com priorização das ações preventivas.

Os procedimentos metodológicos empreendidos constituíram um caminhar passo a passo, composto de contatos formais e informais com coordenadores dos programas, elaboração de instrumentos para trabalho de campo, observação direta, entrevistas e, posteriormente, etapas de análise do material empírico, como transcrição de falas, leituras exaustivas, seleção e agrupamento e, por fim, interpretação das falas e dos registros de observação, com o intuito de “abrir as portas” à visão dos profissionais e dos usuários sobre a visita domiciliar na atenção básica.

Nessa busca, nosso olhar orientou-se pelo referencial de processo de trabalho em saúde que compreende o estudo das ações de saúde em seu cotidiano do fazer profissional, e por isso a leitura das necessidades através de instrumentos que atuam sobre o objeto relaciona-se com as finalidades do trabalho e as necessidades expressas. Segundo esse referencial, existe uma lógica interna subjacente que procura desvelar e explicar os propósitos, ambigüidades e contradições de uma prática de saúde em um processo articulado em uma totalidade histórica e sociocultural. Há também uma circularidade entre as finalidades e o recorte das necessidades, ou seja, conforme a oferta de serviços, criam-se e recriam-se novas necessidades,

Assim, as considerações finais deste trabalho repousam em vários planos de análise, em coerência com a pluralidade subjacente ao projeto que lhe deu origem, constituindo um conhecimento objetivado sobre essa prática.

Os contextos estadual e municipal enunciaram as diretrizes dos dois programas e, na interpretação feita por seus coordenadores, a visita domiciliar é ressignificada no processo de implementação dos programas, convertendo-se em instrumento de trabalho quantificável e com critérios de utilização. Certamente os critérios e os instrumentos de avaliação constituem um avanço, embora na prática diária das equipes outros fatores influenciem a realização das visitas e haja críticas a que sejam avaliadas apenas em termos quantitativos.

Assim, o segundo plano de análise refere-se aos aspectos da dinâmica de trabalho das equipes e à inserção da visita domiciliar no cotidiano do trabalho em saúde. Verificamos que os tipos de atendimentos feitos na unidade, o planejamento do trabalho, as formas de agendamento, a disponibilidade de materiais, a localização e a estrutura da unidade e o relacionamento entre ACS e usuários e entre a equipe influenciam a prática das visitas domiciliares, tanto em quantidade como em termos de seus conteúdos. Os profissionais de saúde pública, cujo locus de atuação são as unidades de saúde, convencionalmente (e precariamente) estruturadas para as ações preventivas e/ou voltadas a grupos prioritários, assumem a partir da década de 1980, e principalmente com o PSF, também a responsabilidade por quase toda a totalidade de demandas de assistência médica individual e por um contingente populacional importante com demandas reprimidas, excluído da rede de atendimento secundário e terciário, com perfil de morbimortalidade típico de doenças crônicas e de agravos por causas externas. Essa realidade das unidades de saúde reitera um dilema antigo, porém ainda muito

atual, que diz respeito à prioridade das ações na atenção primária e às tensões existentes entre a atenção à demanda espontânea e a oferta programada de prevenção. Apesar de muitos entrevistados admitirem a importância das ações preventivas e promocionais, a identificação de situações de sofrimento agudo ou crônico traz um apelo real a uma medida curativa, preferencialmente imediata. Na prática, tais condutas mesclam-se com decisões éticas em uma realidade marcada por escassez de recursos materiais, reduzido número de trabalhadores e serviços de retaguarda insuficientes.

Este estudo revelou que já se processa entre os profissionais um movimento voltado a uma organização do processo de trabalho e um melhor equacionamento das necessidades da população com os serviços disponíveis, porém na prática a lógica predominante ainda é a do atendimento individual voltado à prevenção de doenças e à recuperação da saúde, concentrado nos eixos prioritários da atenção básica (crianças, mulheres, portadores de hipertensão e diabetes, controle de tuberculose e hanseníase). Considerando-se o número de famílias, e conseqüentemente o de pessoas para cada equipe de atenção básica, e o fato de esses programas serem implantados preferencialmente em áreas carentes, com problemas médico-sociais de toda ordem, a lógica ainda subjacente se traduz em um aumento crescente de atendimentos clínicos na unidade, além das demandas administrativas advindas das instâncias centrais. Nessa realidade, o espaço reservado à visita domiciliar dos profissionais universitários fica secundarizado, pois embora se verifique uma intenção de visitar, atuam fatores impeditivos, que incluem as questões relativas à dinâmica interna da unidade, como outros trabalhos externos em creches e escolas e os fatores relacionados a clima, transporte, pavimentação de vias públicas, segurança, horários de trabalho e acesso dos profissionais às

residências. No entanto, imbuídos de uma concepção de que a visita é algo importante, por diferentes motivos, os profissionais conseguem superar os obstáculos e realizá-las, com diferenças entre as categorias profissionais.

Nosso terceiro plano de análise são as solicitações das visitas domiciliares, que podem ter várias origens: visitas requeridas por questões gerenciais dos programas ou por diagnóstico epidemiológico ou também aquelas que se originam nas interações entre usuários e profissionais, especialmente os ACS, principais intermediadores das visitas domiciliares que envolvem a participação de outros profissionais. Os ACS selecionam os casos potenciais para visitas segundo seu conhecimento, seus valores, seus limites de atuação e, principalmente, conhecendo a disponibilidade da oferta de serviços de saúde. Em suma, a decisão sobre quais são as visitas que devem ser realizadas submete-se novamente ao crivo do dilema genérico da “prevenção *versus* cura”, reiterando no âmbito da visita domiciliar o que acontece no interior da UBS, de forma que muitas visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de nível médio e superior têm como motivo uma demanda clínica como no caso dos acamados e egressos de hospitais, não coberta por outros equipamentos.

No quarto plano de análise voltamos nossa atenção ao espaço interno das visitas, e achamos conveniente analisar em separado as visitas dos ACS e as efetuada pelos demais profissionais de saúde. Os primeiros realizam as visitas com finalidade educativa e detecção de situações que requerem encaminhamentos e visitas de outros profissionais, de modo que a análise de suas atividades e dos conteúdos abordados nos remeteu à compreensão das potencialidades e fragilidades das visitas. Dentre os aspectos positivos, ressaltamos que a rotina de trabalho proporciona uma regularidade e assiduidade na execução dessa tarefa,

além de conhecimento da realidade, incluindo as preferências dos moradores e o respeito às características individuais. Existe também uma preocupação em identificar problemas e necessidades de saúde, procurar soluções e fazer encaminhamentos à UBS, visando fortalecer o elo com os serviços de saúde e a adoção de hábitos saudáveis, principalmente de higiene do ambiente. Verificou-se que predominam ações voltadas a medidas individuais, tanto para prevenção como para controle de doenças, além de ações preventivas de alcance coletivo sobre o meio e os agentes e ações de vinculação da clientela à UBS. Nas visitas dos agentes, o principal saber utilizado é a educação em saúde, e durante todo o desenrolar das visitas os ACS demonstram uma sabedoria prática que orienta suas ações e interações, que variam entre o horizonte da informação (como repetição, persuasão, insistência e convencimento) e o do diálogo (como respeito ao tempo, valores e subjetividades, incluindo ações de apoio social, como apoio instrumental e emocional). Assim, algumas interações tendem a atenuar (de maneira paliativa) as dificuldades decorrentes da má qualidade dos serviços de saúde (universalização excludente) e poderiam recalcar a demanda de necessidades de saúde mais ampliadas, consequência da focalização de algumas políticas sociais, reforçando o círculo vicioso de paternalismo e pobreza.

Também verificamos, porém, que as interações no ambiente domiciliar e os diálogos mais horizontais possibilitam uma expressão verbal de informações que provavelmente não seriam verbalizadas no ambiente da unidade de saúde, como as relacionadas à adesão ao tratamento, à busca de outras alternativas terapêuticas e a reclamações sobre o atendimento nas unidades de saúde. Nas visitas dos ACS, as tensões mais evidentes dizem respeito à exigência de que esses profissionais dêem conta dos requisitos operacionais dos programas (PACS/PSF e PNCD), além de

terem de enfrentar as adversidades ambientais (clima, violência, condições do percurso) e, principalmente, lidar com as situações precárias de vida encontradas e as recusas de moradores, ao que se soma a insuficiência da rede de saúde primária e especialmente secundária e terciária. Tais tensões demonstram as fragilidades de uma atividade ensejada para ser a mola propulsora de uma modalidade assistencial que visa alcançar todos os domicílios em todos os rincões do país. Em menor escala identificamos, porém, alguns movimentos voltados a ações de caráter mais comunitário, como articulações intersetoriais com outras políticas públicas, tais como habitação, órgãos de defesa da criança (Conselho Tutelar) e movimentos sociais.

No mesmo plano de análise estão as características internas das visitas dos outros profissionais, que não os ACS, levando-se em conta os conteúdos das falas colhidas, as interações nas visitas e suas respectivas finalidades, o trabalho em equipe e aspectos práticos, como transporte e materiais. Observamos que as dimensões relacionais e o trabalho em grupo são características fundamentais para a integralidade das visitas domiciliares, pois no trabalho empreendido fora dos limites físicos da unidade as realidades encontradas e a leitura das necessidades requerem desses profissionais um conjunto de saberes que vão além da clínica e da epidemiologia. As exigências desse contexto impulsionam o trabalho em equipe na visita domiciliar como um instrumento potencializador da integralidade na atenção primária. As tensões mais evidentes foram decorrentes das demandas de ações de tratamento e controle da doença de cunho individual que não puderam ser atendidas, da falta de transporte para as visitas e da exígua retaguarda dos níveis secundário e terciário, além das situações de pobreza extrema. As interações entre profissionais e usuários e entre profissionais são, porém, permeadas de afetividade, repasse de informações, convencimento e compaixão, com os profissionais

reconhecendo os usuários mais como indivíduos que necessitam de ajuda e menos como sujeitos portadores de direitos.

Quanto às visitas dos profissionais de enfermagem, observamos que as visitas do enfermeiro têm um conteúdo mais educativo e assistencial e as do técnico são mais voltadas à realização de procedimentos clínicos. A visita do médico é a mais desejada pelos usuários, provavelmente devido à expectativa destes em relação à cura da doença e ao valor social do trabalho médico. A visita domiciliar da assistente social tem um caráter mais educativo e está mais articulada com as instâncias intersetoriais que visam melhoria das condições de vida. Tanto os ACS como os profissionais correm o risco de por vezes invadirem a privacidade dos usuários, agindo de modo impositivo e disciplinador em relação a hábitos e comportamentos, muitas vezes sem efetividade e mesmo com a melhor das intenções. Respeitar o usuário como um outro que necessita cuidado, mas que dispõe de autoridade moral sobre suas escolhas e sua vida é aqui fundamental para a prática, sob o risco de inefetividade e reprodução de iniquidades. A análise das opiniões e percepções dos usuários sobre a visita domiciliar possibilitou ouvir a voz das pessoas visitadas, bem como obter a validação dos achados com a utilização da triangulação de diversas fontes de dados.

O Capítulo 12 constitui um exercício analítico-reflexivo sobre as visitas domiciliares, no qual procuramos esmiuçar as possibilidades de alcance da integralidade através de suas características e “produtos finais”, ou seja, a visita como um todo e sua articulação com o trabalho da equipe e a unidade. São apresentadas diferentes características das visitas que contribuem para a integralidade da atenção primária, e as tensões geradas por estas.

Finalizando, esperamos com este estudo auxiliar a desvelar as peculiaridades das visitas domiciliares no PACS e PSF, contribuindo para a melhoria e consolidação da atenção primária, bem como subsidiar outros estudos e análises. Constatamos que as visitas podem ter o caráter de instrumentos de intromissão na privacidade, normatizadores de comportamentos ou promotores de medicalização da sociedade, mas também a potencialidade de contribuir crescentemente para o alcance da integralidade em saúde. Tal alcance está associado com a estruturação de serviços de atenção primária, capazes de organizar seu trabalho a partir de uma leitura ampliada das necessidades com a utilização de saberes e instrumentos dos modelos epidemiológico e clínico, bem como das ciências humanas. O potencial integrador da visita domiciliar também se sustenta no trabalho em equipe, nas interações, no cuidado, na ética, no acesso às referências secundária e terciária, nas instâncias intersetoriais e na rede social.

ANEXOS

Anexo A

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que tenho ciência e estou de acordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa *Licença, posso entrar? A visita domiciliar no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família e a integralidade em saúde*, tendo como pesquisadora Margarete Knoch Mendonça com a orientação da Profª Drª Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira do Programa de Pós Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Campo Grande, 24 de agosto de 2005

Maria Cristina Abrão Nachif
Coordenadora Geral de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde Pública

Anexo B

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que tenho ciência e estou de acordo com o desenvolvimento do projeto de pesquisa *Licença, posso entrar? A visita domiciliar no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família e a integralidade em saúde*, tendo como pesquisadora Margarete Knoch Mendonça com a orientação da Profª Drª Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira do Programa de Pós Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Campo Grande, 22 de agosto de 2005

MATIAS GONSALES SOARES
Secretário de Estado de Saúde/MS

Anexo C

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS

Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 634 da Pesquisadora Margarete Knoch Mendonça intitulado "Licença, posso entrar? A visita domiciliar no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família e a integralidade em saúde" e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião Ordinária no dia 27 de setembro de 2005, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 30 de setembro de 2005.

Anexo D

RECEBIDO SPG 20.10.05
 ASS. *[assinatura]*

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 13.10.05, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **879/05**, intitulado: "Licença, posso entrar? A visita domiciliar no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família e a integralidade em saúde" apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: **Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira**

Pesquisador (a) Executante: **Sra. Margarete Knoch Mendonça**

CAPPesq, 13 de Outubro de 2005.

[assinatura]
PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
 Presidente da Comissão de Ética para Análise
 de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP
 Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
 Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05430 010 - São Paulo - SP
 Fone: 011 - 30696442 fax : 011 - 3069 6492 - e-mail : cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br
 mis

[assinatura]
HERÁCLITO BARBOSA DE CARVALHO
 Coordenador do Programa de Pós-Graduação do
 Depto. de Medicina Preventiva (Suplente)

Anexo E

Indicações para as visitas domiciliares segundo o Relatório anual da Coordenação geral dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família em Campo Grande, MS, 2003 (Campo Grande, 2004)

Idosos:

- acamados
- com dificuldade de deambulação
- portadores de doenças crônico-degenerativas que não estejam aderindo ao tratamento
- idosos que moram sozinhos

Crianças:

- crianças na primeira semana de vida
- recém-nascidos (até 28 dias)
- crianças com alto grau de distrofias, desnutridas ou prematuras
- falta de atendimento programado e/ou vacinação incompleta
- crianças com atraso no crescimento e desenvolvimento, que não respondem às orientações do atendimento específico

Adultos:

- com algum problema de saúde agudo, que possam estar recebendo assistência no domicílio (internação domiciliar)
- portadores de doenças crônico-degenerativas que não estejam aderindo ao tratamento
- ausência no atendimento (após convocação do ACS)
- portadores de doenças transmissíveis de notificação compulsória

Gestantes:

- consideradas de risco
- com VDRL positivo, que não retornaram ao acompanhamento
- faltosas de pré-natal que não atendem à convocação do ACS
- desnutridas

Puérperas:

- até o décimo dia pós-parto
- diante de sinais de infecção

Situações gerais:

- situações ou problemas novos relacionados com a saúde ou que constituem para ela e que se apresentam na família (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica)
- situação ou problemas crônicos agravados
- situação de urgência
- problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento à unidade de saúde
- problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte etc.)

A equipe de Saúde da Família é que deve definir o profissional que realizará a visita, segundo critérios pré-estabelecidos:

1. ACS:

- visitas de rotina
- crianças recém-nascidas na primeira semana de vida

2. Auxiliar de enfermagem (acompanhado pelo ACS da área):

- procedimentos de enfermagem simples (aplicação de injeção, curativo etc.)

3. Enfermeiro (acompanhado pelo ACS da área):

- puérperas
- recém-nascidos
- idosos acamados
- casos identificados pelos ACS e/ou auxiliar de enfermagem que requeiram visita do enfermeiro
- crianças recém-nascidas na primeira semana de vida

4. Médico (acompanhado pelo ACS da área):

- casos com complicações identificados pelos ACS, auxiliar de enfermagem e/ou enfermeiro que requeiram a visita do médico

Anexo F

Capacitação sobre dengue para instrutores e supervisores do PACS e PSF (Silveira, 2005)

Visita domiciliar:

- No início da visita é necessária a apresentação do servidor, que deve ser feita em tom de cordialidade, buscando atrair a atenção do morador.
- Fazer a identificação, informando a finalidade da visita, sendo de suma importância o contato verbal para que as dúvidas sejam sanadas no momento oportuno, não desviando do tema proposto que é a saúde.
- Conquistar a “amizade” do morador, para que o mesmo auxilie no trabalho, sendo mais um multiplicador das ações a serem realizadas.
- Na visita domiciliar é necessário deixar um indicativo de sua presença no imóvel: a bandeira.
- A inspeção deve se iniciar pela parte externa (pátio, quintal, jardim etc.), seguindo pela direita. A parte interna deve ser iniciada pelos fundos do imóvel, sempre a partir da direita. Nas visitas ao interior, alguém deverá acompanhar o servidor, sempre batendo na porta antes de adentrar o recinto.
- Concluir a visita com o preenchimento da Ficha de Visita.

A figura a seguir representa a direção da inspeção do imóvel.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor. Manual de normas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 36.

Além disso são feitas as seguintes recomendações:

- Solicitar ao morador que o acompanhe na visita.
- Incluir o assunto “dengue” na conversa com o morador e descobrir se o mesmo detém algum conhecimento sobre a doença e o agente transmissor.
- Verificar se o morador percebeu a existência de larvas ou mosquitos na casa. Para isso, o uso de algum mostruário ou panfleto pode facilitar a conversa.
- Percorrer todos os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar os locais que podem ser criadouros de mosquitos.
- Ao se deparar com um recipiente que contenha água e que não tenha utilidade, demonstre ao morador que basta derramar a água e eliminar o recipiente, amassando, furando e acondicionando em saco de lixo para ser recolhido pela coleta pública. Caso não haja coleta, recomende que seja enterrado.
- Reforçar que basta jogar a água na terra para que as larvas sejam mortas.
- Realizar a demonstração de como proceder a lavagem com bucha e sabão, bem como o acondicionamento daqueles recipientes chamados “descartáveis”, mas que o morador insiste em não eliminar.
- Procurar descobrir, durante a conversa, para que o morador mantém o armazenamento de água em recipientes não-removíveis e discutir com ele formas alternativas de limpeza, proteção e vedação possíveis de serem aplicadas imediatamente.
- Explicar ao morador que o uso de produtos caseiros, como o sal e água sanitária, podem ser aplicados para matar as larvas em locais e recipientes não removíveis. Descobrir se o morador possui os produtos, solicitando-os para fazer uma pequena demonstração da aplicação após a lavagem do local. Verificar as dosagens recomendadas e solicitar que dê continuidade ao tratamento.
- Quando do encontro de recipientes naturais, como ocos de árvores e bambus, recomenda-se tampar os buracos com terra.
- Antes da aplicação de qualquer orientação para plantas na água, converse informalmente com o morador, descobrindo as formas de cuidado e limpeza que ele costuma aplicar. Isso pode ser fundamental para que as recomendações sejam aceitas e aplicadas.
- Ao fazer indicações do uso de areia grossa em pratos ou vasos de plantas, é fundamental uma demonstração de sua aplicação, para que lâminas d’água não permaneçam sobre a areia.
- Ao perceber empoçamento d’água em razão de vazamento em encanamento, verifique com o morador formas imediatas de solução.
- Se durante as visitas surgirem problemas que impossibilitem a ação momentânea do ACS, devem-se reportar ao instrutor/supervisor;
- Se detectar que na família visitada há pessoas com febre não esclarecida, acompanhada de dois ou mais sintomas de dengue e que seja proveniente de áreas com transmissão da doença ou com presença do agente transmissor, notificar a Unidade de Saúde mais próxima.

- Antes da aplicação de inseticidas (“fumacê”) é necessário orientar a comunidade sobre a importância de manter portas e janelas abertas, cobrir alimentos e evitar exposições diretas de crianças e animais durante a aplicação.

REFERÊNCIAS

- Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. Capítulo 1, p. 15-26.
- Alonso I. Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
- Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface: Comunic, Saúde Educ. 2005;9(16):39-52.
- Amaro S. Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: Age; 2003.
- Amaro S. Visita domiciliar: uma técnica de revelação da realidade. 2007 [citado 11 Out 2007]. Disponível em: <http://www.pucrs.br/eventos/sbpc/uergs/oficina/001.doc>
- Andrade, LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec, 2006. 288 p.
- Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 773-836.
- Araújo FE, Costa LL, Vilasboas L, Dantas DKO. Características das visitas domiciliares realizadas pelos médicos de uma equipe de PSF – Tiradentes, MG. Rev de Atenção Primária de Saúde. 2006;9(1):1-10.
- Augusto LG da S, Carneiro RM, Martins PH. Introdução: dengue, um debate necessário. In: Augusto LG da S, Carneiro RM, Martins PH, organizadores. Abordagem ecossistêmica em saúde: ensaios para o controle de dengue. Recife: Universitária; 2005. p. 11-26.
- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2001;6(1):63-72.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004;13(3):16-29.
- Ayres JRCM. Modelos de atenção primária: aspectos conceituais o desafio da integralidade. [Palestra proferida no 1.º Seminário de Atenção Primária à Saúde. Faculdade de Medicina da USP; 2006a Mar; São Paulo]. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/inscricoes/atenprimaria/JoseRicardo.ppt>.
- Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006b, p. 49-84.
- Ayres JRCM, França Junior I. Saúde do adolescente. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 66-85.
- Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2006 [citado 2008 Fev 26];13(1):259-68. DOI: 10.1590/S1413-

81232008000100029. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100029&lng=pt&nrm=iso

Brasil. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Set 20. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de saúde da família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. 20 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2203, de 6 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Diário Oficial da União. 1996a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996b. [Documento preliminar] 18 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 34 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. 36 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Res. CNS 196/96 e outras. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 723/GM, de 10 de maio de 2001. 2001a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-723.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ação Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério de Saúde; 2001b. 128 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Sarah Escorel, coordenadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a. 228 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência Regionalização da Assistência à Saúde. Aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2a ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. 108 p. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle do Dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2002c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. 2002d [citado 2006 Mar 15]. Disponível em: http://drt2001.saude.gov.br/bvs/popup/leg/portarias_psf/portaria_n44_2002.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Área Técnica da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: Ministério da Saúde; 2002e.

Brasil. Lei n. 10507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão do agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2002f Jul 11.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003a. 96 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 456, de 16 de abril de 2003. 2003b. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2003/portaria456.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. Brasília: Ministério da Saúde; 2003c Jul/Ago. 42 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de Assistência domiciliar na atenção primária à saúde. José Mauro Ceratti Lopes, organizador. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. 72 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. 140 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União; 2006a Jan 31. 7 p.

Brasil. Ministério da Saúde Brasil. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2006 Mar 29. 2006b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2068991.xml>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 493, de 13 de março de 2006. 2006c. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2006/portaria_493.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Histórico da cobertura do PSF. 2008a [citado 2008 Jan 12]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informação da Atenção Básica. 2008b [citado 2008 Jan 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>

Caetano R, Dain S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2002;12(1):11-21.

Camargo Jr, KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco/IMS; 2003. p. 35-44.

Campo Grande: 100 anos de construção. Campo Grande: Matriz; 1999. 420 p.

Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Estimativa populacional IBGE/DATASUS. Campo Grande: Prefeitura Municipal; 2004a.

Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Relatório anual da Coordenação geral dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família em Campo Grande, MS, 2003. Campo Grande: Secretaria Municipal de Saúde Pública; 2004b. p. 61-62

Campo Grande. Prefeitura Municipal de Campo Grande. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Campo Grande: Prefeitura Municipal; 2005a Mai. 49 p.

Campo Grande. Conselho Municipal de Saúde. Apontamentos na reunião ordinária mensal, dia 27/7/2005. Campo Grande: Prefeitura Municipal; 2005b.

Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Relatório de Gestão 2005. Campo Grande: Prefeitura Municipal; 2006. 111 p.

Campos, CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(2):569-84.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do estado (os trabalhadores de saúde) [tese de doutorado]. Universidade de São Paulo; 2004. 192 p. (Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos Campi de Ribeirão Preto e São Paulo da USP)

Campos FE de, Aguiar RAT de, Oliveira VB de. O desafio da expansão do programa de saúde da família nas grandes capitais brasileiras. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2002;12(1):47-58.

Canesqui AM, Oliveira AMF. Saúde da família: modelos internacionais e a experiência brasileira. In: Barjas N, Vianna AL, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime/Celag; 2002, p. 241-69.

Capozzolo AM. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família [tese de doutorado]. Universidade Estadual de Campinas; 2003. 297 p.

Chiaravalloti VB, Moraes MS de, Chiaravalloti Neto F, Conversani DT, Fiorin AM, Barbosa AAC, Ferraz AA. Avaliação sobre adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1321-9.

Chiaravalloti Neto F, Barbosa AAC, Cesarino MB, Favaro EA, Mondini A, Ferraz AA, Dibo MR, Vicentini ME Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):987-97.

Chiaravalloti Neto F, Baglini V, Cesarino MB, Favaro EA, Mondini A, Ferreira AC, Dibo MR, Barbosa AAC, Ferraz AA. O Programa de Controle da Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(7):1656-64.

Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. 2005 [citado 2008 Jan 6]. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br>

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*. 2002;18 Supl:191-202.

Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e sociedade*. 2004;13(3):5-15.

Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006;15(3):7-18.

Cunha TC. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005. 211 p.

Cunha RV. Dengue em Mato Grosso do Sul: a epidemia anunciada. *Boletim de Epidemiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul*. 2006;2.

Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. p. 285-304.

DaMatta R. A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1985.

Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2a ed. Tradução: Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 15-47.

Dobashi BF. Entrevista: Beatriz Figueiredo Dobashi. 2002 Set 1. Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil. Informação para tomada de decisão. Disponível em: [http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_interview.php?lang=pt&menuId=38&filterId=&subject=familyHealthSupport&search=\\$&id=4](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_interview.php?lang=pt&menuId=38&filterId=&subject=familyHealthSupport&search=$&id=4).

Dutra, RC de A. Porta fechada: valores culturais envolvidos na recusa de adesão ao Programa de Saúde da Família. [Comunicação oral] IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Anais. CD ISSN 1413-8123. [S.l.]: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2007.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2):164-76.

Fabri CA, Waidman MAP. Visita domiciliar: a atividade do agente comunitário de saúde no programa Saúde da Família. *Fam Saúde Desenv*. 2002;4(2):106-18.

Fausto MCR. Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005. 261 p.

Favoreto CAO, Camargo Júnior KR de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2002;12(1):59-75.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P, organizador. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2491-5.

Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(2):347-55.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-10.

Floriani, CA, Schramm, FR Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):986-94.

Fortes PA de C, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1328-33.

França SP de, Pessoto UC, Gomes J de O. Capacitação do Programa de Saúde da Família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2006;4(1):93-108.

Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/Psfinfo.htm>

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.

Freitas LFM, Pinho LMO. Programa Saúde da Família: com a palavra os usuários. *Estudos*. 2001;28(6):1103-14.

Freitas FP, Pinto IC Percepção da equipe de saúde sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica SIAB. *Rev latino-am Enfermagem*. 2005;13(4):547-54.

Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):645-53.

Gil, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1171-81.

Gomes R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MC de S, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21a ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 67-80.

Gomes ACCN, Torres GV. Opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma unidade de Saúde da Família do Distrito Oeste de Natal. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(4):495-503.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MH, Viana ALA. Avaliação de desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703.

Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. *Caderno de Saúde da Família*. 1996;1:3-9.

Levy FM, Matos PE de S, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):197-203.

Lima AMM, Schraiber LB, Castanheira ERL, D'Oliveira AFPL, Nemes MI. Necessidades de saúde e diálogo no desenvolvimento de tecnologias em atenção primária. São Paulo: FMUSP; 2000.

Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e o princípio da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Supl):163-71.

Marques RM, Mendes A. Atenção básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(2):403-15.

Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):426-33.

Martins PH. Redes sociais, cidadania e problemas endêmicos: o caso do Programa de Saúde Ambiental PSA do Recife. In: Augusto LG da S, Carneiro RM, Martins PH, organizadores. *Abordagem ecossistêmica em saúde: ensaios para o controle de dengue*. Recife: Universitária; 2005. p. 311-28.

Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Decreto n.º 12.005, de 22 de dezembro de 2005. Altera a redação dos incisos I e IV do art. 6.º do Decreto n.º 11.684, de 8 de setembro de 2004, que dispõe sobre incentivo financeiro estadual para o Programa de Saúde da Família. Disponível em: http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=669&id_reg=2546&vltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=669.

Mattos RA de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA de, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2001. p. 39-64.

Mattos RA de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.

Mauad NM, Fernandes BM, Costa T de JNM da, Silveira SP da. A visita domiciliar: instrumento de diagnóstico da morte materna em Juiz de Fora. *Revista APS*. 2003;6(1):30-7.

McLellan E, Strotman R, MacGregor J, Dolan D. *AnSWR Users Guide*. Atlanta, Georgia (USA): Centers for Disease Control and Prevention; 2004.

Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR; 1992.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. 278 p.

Mendonça, MK. A realidade dos cuidadores: assistência em domicílio aos portadores de câncer [dissertação de mestrado]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande; 1998.

Merhy EE, Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde em Debate. 2002;26(60):118-22.

Micheletti FABO. Buscando um re-significado da visita domiciliar no serviço social [dissertação de mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000. 132 p.

Minayo, MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MC de S, Souza ER de, Constatino P, Santos NC dos. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MC de S, Assis SG de, Souza ER de, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 71-104.

Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB, organizador. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 65-116.

Nogueira, RP. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. In: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos humanos em Saúde – CADRHU. 2004 [citado 2004 Ago 29] Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes>

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade. 2004;13(3):44-57.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1639-46.

Oliveira EN. Programa Saúde da Família: a opinião da comunidade. Fam Saúde Desenv. 2000;2(1):19-27.

Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. Interface: Comunic Saúde Educ. 2001;9:143-6.

Paim JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz; 2003. p. 161-74.

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [tese de doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2007. 299 p.

Paula MG, Marcon S. Percepção de cuidadores domiciliares sobre a atuação da equipe de saúde da família no atendimento a indivíduos dependentes. Fam Saúde Desenv. 2001;3(2):135-45.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1998. 254 p.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2002;1(1):75-91.

Pierin AMG. Adesão ao tratamento: conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Junior D. São Paulo: Lemos; 2001. p. 21-33.

Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001.

Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Supl 2):S303-13.

Pope C, Ziebland S, Mays N. Analisando dados qualitativos. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2. ed. Traduzido por: Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed; 2005. Cap. 8, p. 87-99.

Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa Estratégia de Saúde da Família. *Rev latino-am Enfermagem*. 2004;12(4):658-64.

Rocha AARM, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática Interface: *Comunic Saúde Educ*. 2005;9(17):303-16.

Rodrigues LAJ, Kayano R, Lippe TL, Schraiber LB. Interações com usuários na Unidade Básica de Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 262-75.

Roese A, Lopes MJM. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm Porto Alegre*. 2004;25(1):98-111.

Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(6):659-64.

Salum MJL. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o programa de saúde da família. *Rev de Atenção Primária de Saúde*. 2001;3(7):24-33.

Sant'Ana AM. A propósito da Medicina de Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2000;1(1):24-8.

Santos SL dos, Augusto LG da S. Modelo de controle da dengue, pontos e contrapontos. In: Augusto LG da S, Carneiro RM, Martins PH, organizadores. Abordagem ecossistêmica em saúde: ensaios para o controle de dengue. Recife: Universitária; 2005. p. 115-36.

Sauer L, Campelo E. Mapeamento dos índices de inclusão/exclusão social em Campo Grande, MS. Campo Grande: UFMS; 2005. 84 p.

Schraiber LB. Eqüidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 39-61.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996.

Schwandt TA. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2a ed. Tradução: Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 193-218.

Sena RR de, Silva KL, Rates HF, Vivas KL, Queiroz CM, Barreto FO. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. Cogitare Enferm. 2006;11(2):124-32.

Senna M de CM. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2002;18(Supl):203-11.

Shimizu HE, Dytz JLG, Lima M da G, Moura AS de. A prática do auxiliar de enfermagem do programa saúde da família. Rev latino-am Enfermagem. 2004;12(5):713-20.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002a.

Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e as suas atribuições: os desafios para o processo de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comunic Saúde Educ. 2002b;6(10):75-83.

Silveira JR. Capacitação sobre dengue para instrutores e s.upervisores do PACS e PSF. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação de Controle de Vetores. Núcleo de Febre Amarela e Dengue. Núcleo de Entomologia. Aula em PowerPoint. 2006.

Soares LT. Saúde para todos em 2005. Disponível em: http://www.lpp-uerj.net/outrobrasil/Docs/1752005155616_laura_janeiro_2005.pdf

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

Takahashi RF, Oliveira MA de C de. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Manual de enfermagem. São Paulo: IDS; 2001. Disponível em: http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA de. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2003. p. 89-112.

Testa M. ¿Atención primaria o primitiva de salud? Cuad med soc. (Ros.) 1985;34:3-13.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface Comunic Saúde Educ. 2002;6(10):84-7.

Trad LAB. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 185-203.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(3):581-9.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1994.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínica-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

Valentim IVL, Kruel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(3):777-88.

Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*. 1999;23(53):6-9.

Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis*. 1998;8(2):11-48.

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de consentimento livre e esclarecido - Profissionais

Campo Grande, 26 de junho de 2006

Prezado(a) Profissional:

Estamos realizando, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pesquisa de Doutorado para analisar a visita domiciliar como uma atividade inserida nas ações realizadas pelos profissionais de saúde que atuam na atenção primária, considerando seu processo de trabalho e a contribuição para a integralidade, com vistas a poder colaborar para a melhoria da atenção prestada na atenção básica. Pedimos sua participação para a realização de uma entrevista que será gravada em fita de áudio, utilizando um roteiro com perguntas semi-estruturadas. Nas unidades que realizam a visita domiciliar será feita observação direta de situações relacionadas com o preparo, execução e avaliação da visita domiciliar.

Não há necessidade de que você se identifique, pois queremos manter o anonimato de todos os participantes. Também asseguramos o anonimato dos serviços de saúde e pessoas envolvidos nos casos relatados. Além de não ser necessário que você os nomeie, na transcrição das fitas serão excluídos nomes ou quaisquer particularidades eventualmente citadas e que porventura possibilitariam identificações.

Os dados serão guardados em sigilo profissional e somente serão utilizados pela pesquisadora para os propósitos da pesquisa.

Esta pesquisa conta com o aval de sua instituição, mas você é inteiramente livre para se recusar a participar, caso assim prefira, sem riscos de prejuízo devido a sua recusa ou aceitação, opções estas que também serão mantidas sob sigilo.

Caso você prefira, a entrevista poderá ser realizada fora da unidade de saúde. Se desejar obter quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, você pode contatar a pesquisadora pelos telefones (67) 3387-3115 ou (67) 9205-5506 ou pelo e-mail *margaretek@terra.com.br*.

Agradecemos por sua cooperação.

Margarete Knoch Mendonça
Doutoranda FMUSP

Consinto com a realização da pesquisa

Nome:

Assinatura:

Data:

Observação: Esta autorização será feita em duas vias, sendo que uma lhe será entregue.

Apêndice B. Termo de consentimento livre e esclarecido - Usuários e familiares

Campo Grande, 26 de junho de 2006

Prezado(a) Senhor(a):

Estamos realizando, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pesquisa de Doutorado para analisar a visita domiciliar como uma atividade inserida nas ações realizadas pelos profissionais de saúde que atuam na atenção à saúde, considerando seu processo de trabalho e a contribuição para a integralidade, com vistas a poder colaborar para a melhoria da atenção prestada na atenção básica. Pedimos sua participação para a realização de uma entrevista que será gravada em fita de áudio, utilizando um roteiro com perguntas semi-estruturadas.

Não há necessidade de que você se identifique, pois queremos manter o anonimato de todos os participantes. Também asseguramos o anonimato dos serviços de saúde e pessoas envolvidos nos casos relatados. Além de não ser necessário que você os nomeie, na transcrição das fitas serão excluídos nomes ou quaisquer particularidades eventualmente citadas e que porventura possibilitariam identificações.

Os dados serão guardados em segredo profissional e somente serão utilizados pela pesquisadora para os propósitos da pesquisa.

Esta pesquisa conta com o aval da Secretaria de Saúde, mas você é inteiramente livre para se recusar a participar, caso assim prefira, sem riscos de prejuízo ou interferência no seu tratamento devido a sua recusa ou aceitação, opções estas que também serão mantidas sob sigilo.

Se desejar obter quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, você pode contatar a pesquisadora pelos telefones (67) 3387-3115 ou (67) 9205-5506 ou pelo e-mail *margaretekm@terra.com.br*.

Agradecemos por sua cooperação.

Margarete Knoch Mendonça
Doutoranda FMUSP

Consinto com a realização da pesquisa

Nome:

Assinatura:

Data:

Observação: Esta autorização será feita em duas vias, sendo que uma lhe será entregue.

Apêndice C. Roteiro de observação

A ser aplicado na unidade de saúde visando conhecer as atividades relacionadas com as visitas domiciliares realizadas pelos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistente sociais, odontólogos, ACS e, eventualmente, supervisores do PACS e gerentes das unidades.

1. Momento da indicação da visita domiciliar: reunião da equipe, contato com ACS, consulta, telefonema da família, alta hospitalar, período que sucede o resultado de exame, conselho tutelar, rotina, descrição da circunstância.
2. Momento do planejamento: data, horário, profissionais de saúde, agendamento, aviso para a família e/ou ACS, preparo de material, consulta em fichas e conteúdos a serem abordados, mapa de transporte, ...
3. Momento da realização: horário, transporte, relação com os profissionais, localização do imóvel, abordagem e saudação da pessoa da família, a quem a visita se destinou, diálogos, assuntos abordados, intervenções (profissionais) educativas e assistenciais, outras ações, local da residência, condutas, palavras usadas pelos profissionais, registrar as orientações feitas, descrever os encaminhamentos realizados, observações feitas ao pesquisador, horário de início e término, existência de materiais e sua utilização, registro.
4. Comentário sobre seu próprio desempenho, reação frente a eventuais críticas, observações sobre a compreensão da clientela sobre seu trabalho e suas orientações.
5. Momento de fechamento e avaliação: registro na unidade, prontuário eletrônico, caderno, fechamento de relatório e avaliação, seguimento.
6. Observações quanto à integralidade da pessoa atendida, na família e na comunidade, quanto à integralidade do problema ou necessidade de saúde nos seus aspectos de vários níveis assistenciais e preventivos.
7. Observações quanto à disponibilidade de utilização de outros recursos de outros níveis da saúde e em outros setores.
8. Forma como se relacionam com os demais colegas da equipe, com os coordenadores do programa e com outros níveis da Secretaria.
9. Estabelecimento de vínculo, disponibilidade para as visitas e formas de se relacionar com a clientela.
10. Intercorrências.

Apêndice D. Instrumento para entrevista com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, assistentes sociais e supervisores do PNCD

Roteiro de entrevista semi-estruturada

Bloco I. Identificação do entrevistado:

Código: _____ Data da entrevista: _____

Idade: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Estado civil: _____

Formação profissional: _____

Ano de término: _____

Pós-graduação: () Sim () Não

Se sim, especificar as duas últimas e ano de conclusão:

1) _____ Ano: _____

2) _____ Ano: _____

Ano de ingresso na Secretaria de Saúde: _____

Ano de início no trabalho com PACS/PSF: _____

Data de ingresso na atual equipe: _____

Bloco II Sobre a organização, estruturação e realização das visitas:

1. Relate sobre suas atividades.
2. O(A) Senhor(a) realiza visita domiciliar?
3. Descrever os processos para a realização das visitas (agenda, planejamento, comunicação, decisão, divisão de tarefas, preparo, instrumento ou roteiro).
4. Enumerar os procedimentos relacionados (escolha de horário, meio de transporte, itinerário, prioridades, apoio material, auxílio financeiro, tempo disponível).
5. Descrever as pessoas envolvidas com a visita domiciliar.
6. Comente sobre as visitas realizadas. O que observa, pergunta, avalia, solicita, orienta e como se sente?
7. Enumere os efeitos benéficos da visita domiciliar.
8. Enumere as dificuldades.
9. Opine sobre a visita domiciliar no PACS e/ou PSF.
10. Cite conteúdos que aprendeu sobre a visita domiciliar em sua formação acadêmica ou durante a vida profissional.
11. Descreva o que considera importante para uma “boa prática” de visita domiciliar.
12. Conte um caso típico e um atípico.

Apêndice E. Instrumento para entrevista com agentes comunitários de saúde

Roteiro de entrevista semi-estruturada

Bloco I. Identificação do entrevistado:

Código: _____ Data da entrevista: _____

Idade: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Estado civil: _____

Formação escolar (último ano que cursou/ está cursando): _____

Ano de término: _____

Tem algum outro curso profissionalizante?

Se sim, qual? _____

Ano de término: _____

Qual era sua atividade profissional anterior? Em caso positivo, cite os dois últimos

_____ Ano:

_____ Ano:

Ano de ingresso na Secretaria de Saúde: _____

Ano de início no trabalho com PACS/PSF: _____

Data de ingresso na atual equipe: _____

Há quanto tempo reside no bairro? _____

Fale um pouco sobre seu bairro e sobre as pessoas que ali residem.

Bloco II. Sobre a organização, estruturação e realização das visitas:

1. Relate sobre suas atividades.
2. Descreva como realiza as visitas (agenda, planejamento, comunicação, itinerário, preparo, roteiro para as visitas, horário, locomoção e transporte, material).
3. Relate sobre o que realiza durante a visita domiciliar, pergunta, avalia, solicita e orienta.
4. Descreva as situações que podem ocorrer durante a visita.
5. Descreva o que faz após as visitas.
6. Relate sua opinião sobre as visitas do ACS e de outros profissionais.
7. Relate sobre visitas domiciliares que considera boas experiências.
8. Fale sobre suas sugestões para melhorar as visitas do ACS.

Apêndice F. Instrumento para entrevista com gerentes de unidades e coordenadores dos Programas

Roteiro de entrevista semi-estruturada

Bloco I. Identificação do entrevistado.

Código: _____ Data da entrevista: _____

Idade: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Estado civil: _____

Formação profissional: _____

Ano de término: _____

Pós-graduação: () Sim () Não

Se sim, especificar as duas últimas e ano de conclusão:

1) _____ Ano:

2) _____ Ano:

Ano de ingresso na Secretaria de Saúde: _____

Descrição da atual função: _____

Ano de ingresso na atividade atual: _____

Bloco II. Sobre a organização e estruturação da visita:

1. Relate sobre suas atividades.
2. Em suas atividades, planeja, supervisiona, acompanha ou avalia profissionais que realizam visita domiciliar? Relate sobre este trabalho.
3. Fale sobre as situações em que a visita domiciliar é recomendada.
4. Descreva sobre o acompanhamento dessa atividade.
5. Descreva sua opinião sobre a visita.
6. Gostaria de citar algum fato que considera significativo para as visitas domiciliares?
7. Relate sobre os pontos positivos e que considera boas experiências.
8. Relate sobre as dificuldades das visitas
9. Tem sugestões para melhorar as visitas domiciliares no PACS e no PSF?

Apêndice G. Instrumento para entrevista com usuários e familiares que receberam visitas

Roteiro de entrevista semi-estruturada

Bloco I. Identificação do entrevistado:

Código: _____ Data da entrevista: _____

Idade: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Estado civil: _____

Atividade profissional atual / trabalho: _____

Formação escolar (último ano que cursou/ está cursando): _____

Ano de término: _____

Tem alguma outro curso profissionalizante?

Se sim, qual: _____

Ano de término: _____

Quem são as pessoas que moram nesta casa e qual é o grau de parentesco ou vínculo?

Há quanto tempo reside no bairro?

Fale um pouco sobre seu bairro e sobre seus moradores.

Conhece a unidade básica de saúde? () Sim () Não

Em caso positivo, descreva o trabalho da UBS.

Bloco II, Sobre a visita domiciliar:

1. O(A) Senhor(a) recebe a visita domiciliar do agente comunitário de saúde?
2. Relate sobre as visitas que recebe dos profissionais de saúde.
3. Qual a sua opinião sobre as visitas domiciliares?
4. Gostaria de fazer alguma sugestão para melhorar as visitas domiciliares?

Apêndice H. Caracterização da unidade básica de saúde

Código:

Data:

1. Horário de funcionamento:
2. Localização da unidade e população adscrita:
3. Serviços disponíveis e atividades desenvolvidas:
4. Recursos humanos:
5. Problemas de saúde mais freqüentes:
6. Características da população abrangida pela UBS:
7. Equipamentos sociais existentes nessa área:
8. Organização do serviço: informações, recursos para o trabalho, reuniões de equipe.
9. Observações sobre o acesso: horário, fila, triagem, demanda, agendamento.

Apêndice I. Encaminhamento de cópia de transcrição da entrevista

Campo Grande, 18 de agosto de 2006

Prezado(a) Profissional:

Primeiramente quero agradecer por sua participação na pesquisa *“Licença, posso entrar? A visita domiciliar no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família e a integralidade em saúde”*.

Atualmente, estamos realizando a primeira etapa de análise dos dados, que consiste na transcrição das entrevistas gravadas em fitas de áudio e revisão das falas. Foi realizada a transcrição literal das respostas, removendo-se os nomes de pessoas, localidades ou outras referências que pudessem identificar os participantes. Optamos também por retirar trechos que não tivessem relação direta com o tema da pesquisa.

Estamos, portanto, enviando-lhe uma cópia de sua entrevista transcrita e solicitamos que a leia para verificar seu conteúdo e confirmar a sua permissão para que possa ser utilizada na pesquisa. Dessa forma, você poderá fazer no texto as alterações que achar adequadas e comunicá-las à pesquisadora até o dia --/--/2006. Caso não haja contato até essa data, será considerada a versão da entrevista que houver sido entregue como aceita.

Informamos também que os trechos da entrevista que vierem a ser utilizados como citações no texto final da pesquisa receberão revisão ortográfica e gramatical.

Reiteramos que sua participação é muito importante para a elaboração deste trabalho, que tem por objetivo analisar a visita domiciliar e sua contribuição para a integralidade, com o intuito de colaborar para a qualidade da atenção primária em saúde.

Se desejar obter quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora pelos telefones (67)3387-3115 ou (67)9205-5506 ou pelo e-mail *margaretekm@terra.com.br*.

Agradecemos por sua colaboração.

Margarete Knoch Mendonça

Doutoranda, Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina USP

Apêndice J. Impressos utilizados nas visitas domiciliares

Registro na SESAU

1. Cartão Nacional de Saúde (vários tipos)
2. Ficha cadastral para abrir prontuário

SIAB

3. Ficha A Cadastro Familiar
4. Ficha B HAN SIAB Acompanhamento de pessoas com hanseníase
5. Ficha B TB SIAB Acompanhamento de tuberculose
6. Ficha B HA SIAB Acompanhamento de hipertensos
7. Ficha B DIA SIAB Acompanhamento de diabéticos
8. Ficha B GEST SIAB Acompanhamento de gestantes
9. “Ficha C” Cartão da criança
10. Ficha D Registro de visita domiciliar do ACS
11. Ficha D Registro de atividades, procedimentos e notificações
12. Relatório semanal
13. Relatório mensal
14. SSA2 Relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias na área
15. PMA2 Relatório de Produção e Marcadores para avaliação área
16. PMA4 Relatório de Produção e Marcadores para avaliação município
17. Planilha de notificação de nascidos vivos e óbitos menores de um ano
18. Relatório Diário de Atividades
19. Planilha de notificação de nascidos vivos e óbitos menores de um ano

Impressos de utilização em âmbito municipal

20. Boletim diário de procedimentos ACS
21. Relatório de acompanhamento de óbitos em áreas de PACS e PSF
22. Relatório de acompanhamento de internações em área de PACS e PSF
23. Ficha de acompanhamento de bebês nascidos com baixo peso
24. Ficha de acompanhamento de pacientes em tratamento de leishmaniose visceral e tegumentar
25. Ficha de investigação de comunicantes de hanseníase
26. Ficha de investigação de comunicantes de tuberculose
27. Ficha de acompanhamento e tratamento supervisionado de tuberculose e hanseníase
28. Termo de recebimento de materiais médico hospitalares
29. Ficha de encaminhamento do PACS/PSF
30. Genograma
31. Cartão da ficha familiar e Ficha paralela
32. Relatório de visita
33. Relação mensal das visitas domiciliares
34. Autorização para recolhimento (animal doméstico)
35. Termo de recusa
36. Instrumento para avaliação da visita domiciliar I
37. Cadastro Familiar

Programa de Controle de Febre Amarela e Dengue

38. Etiqueta para Remessa de Espécimes FAD 2
39. Ficha de visita FAD 3
40. Itinerário de trabalho FAD 4
41. Boletim de reconhecimento FAD 5
42. Resumo de reconhecimento FAD 6
43. Resumo semanal de atividades de campo E I
44. Resumo das atividades de campo E II
45. Resumo semanal FAD 7
46. Pesquisa entomológica e tratamento FAD 1
47. Boletim de supervisão direta PNCD
48. Boletim de supervisão indireta PNCD
49. Relação de casas fechadas com morador, casas fechadas sem morador, recusas, terrenos baldios críticos e terrenos baldios fechados murados e sem acesso. Relação de casas ruas com águas servidas, relação de casas sem banheiro ou casa com esgoto do banheiro a céu aberto. Relação de casas com animais não permitidos em residências e relação de casas com depósitos de larvas.
50. Levantamento de casas com gato, galinhas, papagaio, pombos, outras aves, área de comodato, trabalhador de horta e trabalhador de granja
51. Requisição de material para PNCD
52. Boletim de notificação de casos de suspeitos de dengue para controle de vetor

Fonte: SESAU, Campo Grande, MS.