

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

KÁRITA SILVA ARAÚJO

ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DURANTE A VISITA
DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

GOIÂNIA
2017

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

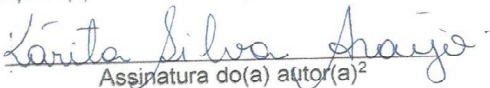
Nome completo do autor: Kárita Silva Araújo

Título do trabalho: ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DURANTE A VISITA DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

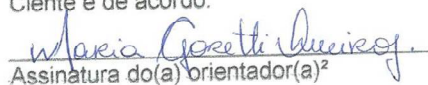
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ **SIM** ☐ **NÃO¹**

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 18/01/2018

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

KÁRITA SILVA ARAÚJO

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DURANTE A VISITA
DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Promoção em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Maria Goretti Queiroz.

GOIÂNIA

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Araujo, Kárita Silva

ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DURANTE A
VISITA DOMICILIAR NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO [manuscrito] /
Kárita Silva Araujo. - 2017.

CXXVI, 126 f.

Orientador: Profa. Dra. Maria Goretti Queiroz.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto
de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, mapas, abreviaturas, símbolos, gráfico, tabelas, lista
de figuras, lista de tabelas.

1. Atenção primária à saúde. . . 2. Agente comunitário de saúde. .
3. Visita domiciliar. 4. Satisfação do usuário. I. Queiroz, Maria Goretti ,
orient. II. Título.

CDU 614

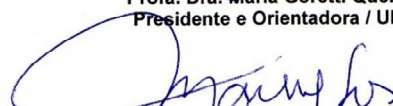


ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

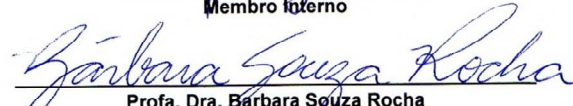
Aos 07 de novembro de 2017, às 09:30, na sala 4 - Faculdade de Enfermagem/UFG -, Goiânia - Go, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Maria Goretti Queiroz (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Barbara Souza Rocha (Membro Externo) e Dra. Marta Rovey de Souza (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: " Atuação do Agente Comunitário de Saúde Durante a Visita Domiciliar na Perspectiva do Usuário ", em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de Kárita Silva Araujo. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Maria Goretti Queiroz, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata Aprovada (Aprovada ou Reprovada). Cumprindo as formalidades de pauta, às 11:45 horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.



Prof. Dra. Maria Goretti Queiroz
Presidente e Orientadora / UFG



Prof. Dra. Marta Rovey de Souza
Membro Interno



Prof. Dra. Barbara Souza Rocha
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

A Deus, que permitiu a minha existência, deu-me confiança, capacidade para persistir e força para superar os obstáculos durante este caminho.

A minha mãe, Vilma Araújo, uma grande educadora e maior responsável pelo meu amor à vida acadêmica, apoiando-me sempre em todos os meus sonhos, ajudando-me a trilhar um caminho ético, com perseverança e respeito ao próximo. Sem seu companheirismo e amor eu não teria forças para enfrentar as adversidades da vida.

Ao meu pai, Donizete Araújo, por fazer o seu melhor, proporcionando-me a estrutura necessária para conseguir prosseguir nas batalhas. Obrigada pai, por nunca reclamar de acordar às duas da manhã para me levar à rodoviária, ou de ficar acordado até tarde, para me buscar, talvez o senhor pense que aquilo que fez foi pouco, mas foi indispensável a essa vitória.

Aos meus irmãos, Danielle e Donizete Filho, pelo apoio incondicional, pelo amor ofertado nos momentos mais difíceis e pela paciência nas horas de estresse. Vocês são para mim inspiração e alegria.

A minha orientadora, Prof. Dr^a. Maria Goretti Queiroz, por quem tenho um carinho muito grande. Agradeço por ter me motivado sempre e acreditado em mim. Isto foi o principal para que eu também pudesse acreditar que seria capaz de alcançar o término deste trabalho; pelo acolhimento, pela paciência, disponibilidade, amizade, ensinamentos recebidos e incentivo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Iporá, colegas enfermeiras e Agentes Comunitários de Saúde, que viram a importância deste estudo e abriram as portas de suas Unidades Básicas de Saúde para a realização deste trabalho.

Aos meus primos e amigos, Fabio Araújo, Maria Ladomi e Tom Borges, por me receberem em seus lares durante esta caminhada, ofertando-me sempre conforto, carinho e disponibilidade. Sem vocês, os custos financeiros seriam inviáveis para a realização deste mestrado.

Ao corpo de funcionários do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás. Vocês foram de grande importância com suas orientações enquanto estava longe. Em especial, à Neuracy, por sempre responder minhas mensagens com carinho e eficiência.

E, por fim, ao meu grande amor, Douglas Santos, pessoa maravilhosa que entrou em meu caminho durante a trajetória deste Mestrado e que no momento mais difícil, apoiou-me, não deixando que eu desistisse. Você é meu presente de Deus, a resposta às minhas orações.

DEDICO este trabalho à minha vovó Otilia, que nos deixou durante esta caminhada, mas estará sempre presente através dos seus ensinamentos.

A felicidade e a saúde
são incompatíveis com a ociosidade.

Aristóteles

RESUMO

A atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) junto à população adscrita é condição essencial para a organização dos serviços de saúde pública. Entretanto, é necessário conhecer a forma como esse trabalho se desenvolve e a satisfação dos usuários em relação a essas atividades. Dentro dessa perspectiva, este estudo teve como objetivo compreender a atuação do ACS durante as visitas domiciliares na perspectiva da população atendida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município goiano de porte médio. Estudo realizado em um município localizado no estado de Goiás, de porte médio, com amostra composta por 400 famílias atendidas pelos ACS do município. O instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário estruturado, cujas questões buscavam coletar dados que permitissem compreender o trabalho do ACS na comunidade atendida. Intentou-se verificar se o escopo de trabalho definido pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) para os ACS está sendo cumprido, além do estabelecimento de vínculo, na percepção do usuário, uma vez que essas atribuições deveriam ser executadas pelo ACS durante a visita domiciliar (VD). O questionário foi submetido ao Teste de Alfa de Cronbach, cujo valor obtido foi 0,83. Os dados foram submetidos a teste de associações, o teste *t-Student* e qui-quadrado. Em relação ao trabalho do ACS durante a VD, observou-se que a população compreende ser a VD importante, que os ACS estão preparados para realizá-las e que o número de visitas realizadas à família e o tempo dedicado a cada uma dessas visitas são satisfatórios. A satisfação em relação à VD para famílias com pessoas com deficiência obteve índices menores. Sobre o vínculo do ACS com a população, identificou-se que as famílias consideram importante o trabalho do ACS e a VD, além de declararem que confiam nesse profissional. Entretanto, essa confiança não se transforma em procura pelo ACS em caso de doença na família. As mulheres com até 59 anos de idade não procuram o ACS em caso de doença na família. Quanto ao cumprimento das atribuições previstas na PNAB, observou-se que aproximadamente metade dos participantes está satisfeita com o acompanhamento do ACS em caso de doença. Sobre as orientações em relação a alimentos saudáveis e transtornos alimentares, menos da metade dos participantes declarou satisfação com a atuação do ACS, bem como com a procura dos adolescentes envolvidos com drogas e sexo e com a conferência dos critérios do programa Bolsa Família. Identificou-se a necessidade de melhorar a atuação do ACS, mas não foi possível apontar quais aspectos devem ser melhorados. Os serviços disponíveis na Unidade Básica de Saúde (UBS) tiveram índice maior de satisfação dos usuários (72,1%). Esses resultados demonstram que a população conhece o ACS e reconhece a importância do seu trabalho e da VD, mas esses sentimentos não estão se transformando em ação, como a busca pelo ACS em caso de doenças nas famílias. A população pesquisada não compreende que o ACS está realizando todas as suas atribuições, conforme previsto na PNAB. Dessa forma, observa-se que existe um amplo campo de ações, as quais podem ser desenvolvidas pelo ACS, visando contribuir para o cumprimento de suas ações, conforme previstas na PNAB.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde. Agente comunitário de saúde. Visita domiciliar. Satisfação do usuário.

ABSTRACT

The action of the Community Health Agent (ACS) with the population attached is an essential condition for the organization of public health services. However, it is necessary to know how this work is developed and the users' satisfaction with these activities. Within this perspective, this study aimed to understand the performance of the ACS during home visits from the perspective of the population served by the Family Health Strategy (ESF) in a medium-sized municipality in Goiás. This study was carried out in a municipality located in the state of Goiás, with medium size, with a sample composed of 400 families attended by the ACS of the municipality. The data collection instrument was composed of a structured questionnaire, whose questions sought to collect data that allowed to understand the work of the ACS in the community served. It was tried to verify if the scope of work defined by the National Basic Attention Policy (BANP) for the ACS is being fulfilled, in addition to the establishment of a link, in the user's perception, since these assignments should be performed by the ACS during the visit household (VD). The questionnaire was submitted to the Cronbach Alpha Test, whose value was 0.83. Data were submitted to associations test, Student's t-test and chi-square test. Regarding the work of the ACS during the VD, it was observed that the population understands that the RV is important, that the ACS are prepared to perform them and that the number of visits made to the family and the time dedicated to each of these visits are satisfactory. The satisfaction with the RV for families with people with disabilities obtained lower indexes. Regarding the relationship between the ACS and the population, it was identified that the families consider the work of the ACS and the VD to be important, in addition to declaring that they trust this professional. However, this confidence does not turn into a demand for ACS in case of illness in the family. Women up to 59 years of age do not seek ACS in case of illness in the family. Regarding the fulfillment of the assignments provided for in the PNAB, it was observed that approximately half of the participants are satisfied with the follow-up of the ACS in case of illness. Regarding the guidelines for healthy food and eating disorders, less than half of the participants expressed satisfaction with the ACS 'performance, as well as with the demand for adolescents involved in drugs and sex and with the conference on the criteria of the Bolsa Família program. The need to improve the performance of ACS was identified, but it was not possible to indicate which aspects should be improved. The services available at the Basic Health Unit (UBS) had a higher rate of user satisfaction (72.1%). These results demonstrate that the population knows the ACS and recognizes the importance of their work and the RV, but these feelings are not turning into action, such as the search for ACS in case of illness in the families. The population surveyed does not understand that the ACS is performing all its duties, as provided in the PNAB. Thus, it is observed that there is a wide field of actions, which can be developed by the ACS, aiming to contribute to the fulfillment of its actions, as foreseen in the PNAB.

KEYWORDS: Primary health care. Community health agent. Home visit. User satisfaction.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GO	Goiás
MS	Ministério da Saúde
N	Frequência
PAB	Programa de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PS	Pronto socorro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEPS	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da frequência dos respondentes da pesquisa por gênero e faixas etárias. Iporá-GO, 2016.	67
Tabela 2 - Distribuição da frequência do número de pessoas nas famílias por residência e total de pessoas nas residências entrevistadas. Iporá-GO, 2016.	69
Tabela 3 - Distribuição da frequência de menores por residência. Iporá-GO, 2016..	69
Tabela 4 - Relação entre frequência de procura pelo Agente Comunitário de Saúde em caso de doença na família por gênero do entrevistado - Iporá – Goiás. 2016. ...	82
Tabela 5 - Distribuição da frequência dos participantes pela relação entre a procura pelo Agente Comunitário de Saúde (Questão 6) e o acompanhamento em caso de doença (Questão 7). Iporá-GO, 2016.....	86
Tabela 6 - Características apontadas quanto aos Agentes Comunitários de Saúde. Iporá-GO, 2016.	107
Tabela 7 - Características positivas dos Agentes Comunitários de Saúde, relatadas pelos usuários das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com o gênero dos usuários. Iporá-GO, 2016.....	108

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por satisfação com a Visita Domiciliar do Agente Comunitário de Saúde(Questão 01). Iporá-Goiás, 2016.....	71
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por satisfação em relação ao preparo do Agente Comunitário de Saúde para a realização da Visita Domiciliar (Questão 02). Iporá-Goiás, 2016.....	72
Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por satisfação em relação ao número de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (Questão 04). Iporá-Goiás, 2016.....	72
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por satisfação em relação ao tempo dedicado à Visita Domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (Questão 05). Iporá-Goiás, 2016.....	73
Gráfico 5 - Distribuição dos participantes por satisfação em relação à aptidão do Agente Comunitário de Saúde para orientar as famílias com portadores de deficiência (Questão 18). Iporá-Goiás, 2016.....	74
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes em relação à possibilidade de melhorias no trabalho do Agente Comunitário de Saúde durante as Visitas Domiciliares (Questão 22). Iporá-Goiás, 2016.....	75
Gráfico 7 - Distribuição dos participantes em relação à confiança no Agente Comunitário de Saúde durante as Visitas Domiciliares (Questão 03). Iporá-Goiás, 2016.	77
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes em relação à importância da Visita Domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (Questão 23). Iporá-Goiás, 2016.....	79
Gráfico 9 - Distribuição dos participantes em relação à procura pelo Agente Comunitário de Saúde em casos de doença na família (Questão 06). Iporá-Goiás, 2016.	80
Gráfico 10 - Distribuição dos participantes segundo o interesse de acompanhamento pelo Agente Comunitário de Saúde dos caso de doença (Questão 07). Iporá-GO, 2016.	85

Gráfico 11 - Distribuição dos participantes segundo a percepção sobre o conhecimento do Agente Comunitário de Saúde a respeito da saúde familiar (Questão 08). Iporá-GO, 2016.	89
Gráfico 12 - Distribuição dos participantes segundo a orientação do Agente Comunitário de Saúde sobre alimentos saudáveis (Questão 9). Iporá-GO, 2016.	91
Gráfico 13 - Distribuição dos participantes segundo a preocupação do Agente Comunitário de Saúde com transtornos alimentares (Questão 15). Iporá-GO, 2016.	92
Gráfico 14 - Distribuição dos participantes sobre a conferência pelo Agente Comunitário de Saúde se o beneficiário do Programa Bolsa Família mantém filho na escola (Questão 13). Iporá-GO, 2016.	94
Gráfico 15 - Distribuição da frequência sobre a conferência pelo Agente Comunitário de Saúde se o beneficiário do Programa Bolsa Família mantém filho na escola, para famílias com menores de idade (Questão 13). Iporá-GO, 2016.	95
Gráfico 16 - Distribuição da frequência segundo a preocupação do Agente Comunitário de Saúde com adolescentes envolvidos com drogas e sexo (Questão 14). Iporá-GO, 2016.	96
Gráfico 17 - Distribuição da frequência segundo preocupação do Agente Comunitário de Saúde com vícios na família (álcool, cigarro e drogas) (Questão 17). Iporá-GO, 2016.	97
Gráfico 18 - Distribuição da frequência segundo atenção do Agente Comunitário de Saúde para detectar a ocorrência de violência doméstica (Questão 19). Iporá-GO, 2016.	99
Gráfico 19 - Distribuição dos participantes segundo satisfação com a vistoria do Agente Comunitário de Saúde para detecção de criadouros de mosquito (Questão 20). Iporá-GO, 2016.	100
Gráfico 20 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação às orientações do Agente Comunitário sobre os serviços disponíveis na Unidade Básica de Saúde (Questão 10). Iporá-GO, 2016.	102
Gráfico 21 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação ao conhecimento do Agente Comunitário de Saúde sobre os problemas e necessidades da família (Questão 11). Iporá-GO, 2016.	103

Gráfico 22 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação à atuação do Agente Comunitário de Saúde para entender o problema da família e buscar solução (Questão 12). Iporá-GO, 2016.104

Gráfico 23 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação à preocupação do Agente Comunitário de Saúde com higiene bucal e tratamento dentário (Questão 16). Iporá-GO, 2016.....104

Gráfico 24 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação à verificação, pelo Agente Comunitário de Saúde, sobre o uso continuado de medicamentos (Questão 21). Iporá-GO, 2016.106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da cidade de Iporá/Goiás.	55
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistematização do questionário aplicado agrupado por enfoque. Iporá, Goiás. 2016.....	60
--	----

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	19
2 INTRODUÇÃO.....	22
3. OBJETIVOS	27
3.1. Objetivo geral	27
3.2. Objetivos específicos.....	27
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
4.1. A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde	28
4.1.1 Princípios norteadores da APS	37
4.1.2 Princípios básicos da ESF.....	39
4.2 Agente comunitário de saúde: breve histórico.....	42
4.3 Atribuições do ACS	46
4.4. Visita domiciliar pelo ACS	50
5. METODOLOGIA.....	54
5.1. Tipo de estudo.....	54
5.2. Cenário da pesquisa.....	54
5.3. Informações relativas aos sujeitos da pesquisa	56
5.4. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa.....	57
5.5. Seleção da amostra.....	57
5.6. Instrumento de coleta de dados	59
5.7. Coleta dos dados.....	60
5.8. Análise dos dados	61
5.8.1. Análise de confiabilidade do questionário	62
5.8.2. Análise estatística dos resultados da pesquisa.....	62
5.9. Aspectos éticos	63
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
6.1. Perfil dos usuários pesquisados.....	66
6.2. O trabalho do ACS durante a visita domiciliar	70
6.3. O vínculo do ACS com a população atendida	76
6.4. Satisfação com relação ao cumprimento das atribuições do ACS	84
6.5. Identificação das necessidades de intervenção de cuidado e continuação de tratamento	101
6.6. Características pessoais identificadas no ACS pelos usuários durante a visita domiciliar	107
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A – Questionário de Pesquisa de Satisfação.....	128

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	132
APÊNDICE C – Planilha com cálculo de tamanho da amostra.....	134
APÊNDICE D – Cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach	135
ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética da UFG para realização do estudo	136
ANEXO B – Autorização da Secretaria de Saúde para realização do estudo	141

1 APRESENTAÇÃO

Minha experiência profissional permitiu evidenciar que quando o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) acontece de forma bem desenvolvida e com vínculo com a população adscrita, os resultados na assistência à saúde são melhores. Ao longo dos anos, em inúmeras atividades, foi possível observar que, nos casos em que o ACS se comprometia com a assistência à saúde das famílias, acompanhando e encaminhando-os aos outros serviços de saúde dentro da rede de atenção, os resultados alcançados eram mais satisfatórios. Entretanto, também pude observar, em diversos momentos da minha vida profissional, a necessidade de haver melhor atendimento por parte do ACS para com a população sob sua responsabilidade.

Minha formação profissional começou com o curso técnico em enfermagem, enquanto minha carreira começou no ano de 2002, quando passei por um processo seletivo para ACS no município de Iporá/Goiás (GO). Aprovada, participei do curso de qualificação para o cargo, cuja duração foi de um mês. Nesse mesmo período, a Secretaria de Saúde do Município de Iporá começou a implantar o Programa de Saúde da Família (PSF). A microárea onde atuei foi o PSF Vila Itajubá, mas que ainda não havia recebido o PSF.

Continuei meus estudos para Graduação em Enfermagem no ano de 2007, quando fui aprovada no curso de técnico em enfermagem no município de Iporá. Concluí a graduação apenas no ano de 2010, mesmo ano em que realizei um estágio voluntário de três meses no PSF Vila Nova. Durante o estágio, desenvolvi vários eventos com a comunidade, tais como: o desfile de idosos na Vila Vida, palestras com gestantes, entrega de kits para recém-nascidos, atendimento rural, entre outros.

Foi nesse momento quando comecei a perceber que faltava um acompanhamento mais efetivo dos ACS para com a população, principalmente em relação aos usuários que passavam por internação hospitalar. No relatório mensal de trabalho, o ACS deveria enumerar quantos pacientes foram internados na sua microárea. Contudo, esses profissionais não visitavam o usuário no hospital, nem realizavam

acompanhamento após a alta hospitalar. A partir dessas observações, fui percebendo que o trabalho do ACS precisava de acompanhamento e ajustes.

No ano de 2011, participei da implantação no Hospital Municipal de Iporá do Acolhimento e Classificação de Risco no Pronto Socorro (PS), momento em que me interessei mais ainda pelo atendimento do ACS. Os pacientes que eram acompanhados pelos ACS chegavam ao PS informando que estavam cientes de que o caso deles não era de emergência, mas, por motivos diversos, necessitavam do atendimento naquele momento. Alguns chegavam com o próprio ACS.

O trabalho social dos ACS com pacientes idosos também foi uma situação que me chamou a atenção. Em 2015, eu fui transferida para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e percebi que, durante a Visita Domiciliar (VD), o ACS conseguia identificar situações de risco, principalmente relacionadas a idosos. Ao chamarem o SAMU para realizar o atendimento ou transporte para o hospital, pude observar que, caso o ACS não realizasse essa VD, aquele paciente teria seu quadro clínico agravado até que um familiar ou vizinho percebesse que havia algo errado.

Em 2016, tornei-me, juntamente com meu namorado, Coordenadora de Arrecadação para o Hospital de Câncer de Barretos, localizado no estado de São Paulo (SP), pela cidade de Montes Claros de Goiás. Com isso, a cidade passou a ter uma porta de entrada diferenciada para o Hospital, tendo direito a receber cursos e a Carreta de Prevenção do Hospital de Barretos. Cada coordenador realizava os trabalhos de prevenção da forma como achasse mais conveniente. Em Montes Claros de Goiás, estamos realizando o trabalho em parceria com os ACS, apresentando a eles a sua importância na prevenção de doenças, promovendo capacitações, palestras e pedindo, principalmente, o apoio deles.

Acredito que a prevenção e promoção em saúde representam a melhor forma de evitar agravos e superlotação nos hospitais. Acredito, ainda, que essa é a melhor política pública de saúde e, nesse contexto, o ACS é a base de toda a cadeia de atendimento à população.

Observo, também, que a VD é a atividade mais importante do ACS junto à população. É nela que o ACS conhece a família a ser atendida, identifica suas condições de saúde, suas necessidades e vulnerabilidades, além de estabelecer suas prioridades. É, também, no momento da VD, que o ACS desenvolve o vínculo com a família, fator importante para alcançar resultados positivos na assistência à saúde conforme propostas da Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo Barbosa et al. (2016), o ACS, por meio da VD, além de prestar os cuidados no domicílio, busca orientar, prevenir agravos e acompanhar os cuidados delegados à família, possibilitando uma ampla visão das condições reais de vida e das interações no ambiente familiar e social.

Sendo a VD o momento em que ocorre maior contato entre o ACS e a população, é importante reconhecer, segundo a perspectiva do usuário, como está sua satisfação em relação ao trabalho desenvolvido pelo ACS, além do cumprimento das atribuições desse profissional durante essa atividade.

Segundo Gouveia (2009), no campo da saúde, pesquisas que buscam conhecer a satisfação do usuário abordam o “complexo objeto saúde-doença-atenção”. Buscam alcançar respostas por intermédio da compreensão das necessidades e da percepção de usuários sobre a qualidade dos serviços recebidos, que neste caso são as VD realizadas pelo ACS. Os resultados alcançados permitem que as organizações gerenciais que lidam com a saúde reconheçam a realidade e busquem ganhar maior “eficiência e efetividade” na prestação de seus serviços, através da implementação de ações tanto no campo estratégico quanto no operacional.

Dessa forma, conhecer a atuação do ACS durante a VD, na perspectiva do usuário de um município goiano, é importante, porque contribui para identificar a realidade e a qualidade dessa interação. Também, permite reconhecer pontos que precisam ser melhorados nessa atuação, contribuindo para a qualidade da assistência à saúde e alcance das propostas estabelecidas pela APS.

2 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a preocupação com o desenvolvimento de uma Atenção Primária a Saúde (APS) adotando como principal linha de ação a saúde da família, que visa à promoção e prevenção de doenças, tornou-se assunto de grande importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o atendimento prestado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante a visita domiciliar (VD) constitui-se em um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e de sua família *in loco*, fortalecer os vínculos com o paciente, com a terapêutica e com o profissional, assim como atuar na promoção de saúde, na prevenção, no tratamento e na reabilitação de doenças e agravos. (AZEREDO et al., 2007).

O ACS é o profissional que está em contato direto com a população, buscando alternativas para melhorar as condições de saúde dessas pessoas. É uma categoria de trabalho reconhecida pelo Ministério da Saúde dentro do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). A categoria é formada por pessoas da própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. Contudo, conforme alterações trazidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), deve haver mudanças quanto ao local de moradia do ACS e esse profissional poderá residir em área diferente da localidade de atuação, sem, contudo, perder o contato com a população.

De acordo com o Ministério da Saúde, o ACS é elemento fundamental no fortalecimento do SUS, pois integra os serviços de saúde da APS com a família, especialmente por intermédio da VD. A família, dentro da APS, é considerada o elemento mais importante e influente na vida das pessoas, sendo, portanto, o ponto de partida do trabalho do ACS (BRASIL, 2009a).

A VD é considerada pelo Ministério da Saúde como uma importante ferramenta de intervenção na saúde da família, constituindo um instrumento formado por um conjunto de ações sistematizadas para atender às famílias com alguma necessidade de saúde ou para atuar em atividades ligadas aos programas de

saúde. Cada VD tem finalidade, objetivo e práticas específicas que a caracterizam como instrumento sistematizado de intervenção, num processo o qual se inicia antes da VD e continua após a visitação. Por isso, não é possível afirmar que toda ida de um profissional de saúde ao domicílio caracteriza uma VD (BRASIL, 2007).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), todos os profissionais da equipe da Saúde da Família podem realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários quando necessário. Mas, cabe ao ACS, prioritariamente, a atenção à saúde em âmbito domiciliar (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, a VD representa uma interação no cuidado à saúde de fundamental importância para que a equipe possa conhecer as condições de vida e saúde das famílias adscritas. Com esse novo modelo, rompe-se com a forma de atuação centrada na doença, de alta tecnologia e pouca interação com o usuário para, então, buscar-se um atendimento integral e humanizado do indivíduo, que está inserido em seu contexto familiar (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Por se tratar de instrumento sistematizado, a VD utilizada pelos ACS, para conhecer as condições de vida e de saúde das famílias sob sua responsabilidade, deve acontecer, ao menos, uma vez ao mês (BRASIL, 2012a).

De acordo com a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população, inclusive no domicílio. Mas, a atuação do ACS é o grande destaque da VD, já que é considerada a tarefa mais importante realizada por esse profissional.

É durante a VD quando o ACS conhece a família a ser atendida, identifica suas condições de saúde, suas necessidades e vulnerabilidades, além de estabelecer as prioridades de assistência. É, também, nesse momento quando se desenvolve o vínculo com a família, fator importante para alcançar resultados positivos na assistência à saúde, conforme propostas da APS (PINTO; FRACOLLI, 2010).

A criação do vínculo entre o ACS e a população atendida favorece a consolidação dos princípios do SUS (universalidade, acessibilidade, continuidade, vínculo, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social). Além disso, o trabalho do ACS envolve ações, como mensuração do peso, da altura e o controle do estado vacinal das crianças. Essa relação próxima entre o serviço de saúde e a população possibilita a escuta sensível das famílias para que se sintam acolhidas e inseridas de maneira proativa na produção do cuidado (JESUS et al., 2014).

No âmbito da equipe de saúde da família, o ACS exerce importante papel, especialmente, por residir na área de atuação, o que lhe permite vivenciar de perto o dia-a-dia da população atendida. Essa condição o credencia a agir como o verdadeiro “elo” entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a população da microárea na qual atende, sendo essa a primeira atribuição que lhe é imposta pela legislação pertinente (FORTES, SPINETTI; 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012b).

Além desta atribuição, o ACS deve desenvolver outras atividades que incluem: realizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e de agravos; desenvolver ações educativas individuais e coletivas, ações de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares; manter a equipe de saúde informada, especialmente quanto a pessoas em situação de risco; orientar as pessoas quanto aos serviços disponíveis na UBS e atuar naquilo que lhe for pertinente, no combate à dengue e à malária; participar das ações de controle da hanseníase, tuberculose e outros programas definidos pelo Ministério da Saúde; bem como atuar em outras ações específicas definidas pelo gestor municipal de saúde em relação às prioridades locais (BRASIL, 2012a).

Observou-se que a literatura científica disponível promove grande discussão em relação às atribuições do ACS e à necessidade da VD (JESUS et al., 2014; GARCIA; TEIXEIRA, 2009; AZEREDO et al., 2007; CRUZ; BOURGET, 2010; COELHO; SAVASSI, 2004; ANDRADE, GUIMARÃES, 2014). Entretanto, pouco foi observado nessas mesmas pesquisas quanto à perspectiva do usuário durante essa VD e a interação entre o profissional e essa população. Esses aspectos, quando discutidos, têm caráter secundário nos estudos, mesmo se considerando a

sua importância para alcance das propostas da APS e do próprio SUS.

Identificou-se similaridade com esta pesquisa o trabalho desenvolvido por Barbosa et al. (2016), que discutiu em maior profundidade a VD sob a perspectiva do usuário. A pesquisa aconteceu em Campos Gerais, Minas Gerais (MG), município de pequeno porte e predominantemente rural. Ainda que similar, os estudos se diferenciam em aspectos além da localização. Barbosa et al avaliaram quesitos quantitativos, como a quantidade de VD realizadas por cada ACS durante o mês, quantidade de VD recebida pelos usuários e tempo de duração das visitas. Além disso, questionaram, apenas, para avaliar se a visita atendia às necessidades dos usuários e se o desempenho do ACS era satisfatório.

Mesmo com as buscas nos bancos de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) durante o período de julho/2015 a julho/2016 e utilizando-se os descritores estabelecidos para essa pesquisa (Atenção primária à saúde, Agente comunitário de saúde, Visita domiciliar e Satisfação do usuário), não foi possível encontrar estudos que tratem da VD sob a perspectiva do usuário no estado de Goiás ou em municípios goianos, independentemente do ano de publicação. Essa condição despertou na pesquisadora, juntamente com sua experiência profissional, a necessidade de investigar a atuação do ACS na VD, segundo a perspectiva do usuário, no município em questão.

Sendo a VD o momento em que ocorre maior contato entre o ACS e a população, é importante reconhecer, segundo a ótica do usuário, como o trabalho se desenvolve, como está a construção do vínculo e se o ACS está desenvolvendo todas as atividades pertinentes e previstas na PNAB. Essa, portanto, é a principal justificativa para desenvolvimento desse estudo.

O objeto dessa pesquisa é a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante a visita domiciliar (VD) realizada à população adscrita da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando conhecer, segundo a percepção desses indivíduos, o cumprimento de tais atribuições e a construção do vínculo.

Assim, realizar este estudo se justifica pela necessidade de conhecer a perspectiva do usuário de um município goiano de médio porte. Identificar a atuação do ACS durante a VD, sob a perspectiva desse usuário, é forma de obter informações, as quais possam orientar os gestores em saúde na elaboração de estratégias que contribuam para melhorar a atuação do ACS, a realização da VD e, por fim, alcançar com maior eficiência os propósitos da visita.

Nesse sentido, Gouveia (2009) argumenta que conhecer a perspectiva do usuário da VD é uma ferramenta de gestão, pois permite captar a voz do cliente e sua percepção sobre os serviços. Todas essas informações contribuem para que, tanto no campo estratégico quanto no operacional, seja possível desenvolver ações que levem à maior eficiência e efetividade na prestação dos serviços de saúde.

Até mesmo programas de saúde, serviços ou atendimento médico vinculado à APS podem passar por estudos que visem a conhecer a perspectiva do usuário sobre eles. A PNAB estabelece o compromisso com a solução de problemas sociais. Assim, identificar a atuação do ACS, sob a perspectiva do usuário da VD, contribui para aferir o cumprimento da própria PNAB em relação à sociedade. Esses fatores, portanto, justificam a realização dessa pesquisa.

Também se justifica porque contribui para identificar a realidade e a qualidade desse vínculo, permitindo reconhecer pontos que precisam ser melhorados nessa atuação, contribuindo para a qualidade da assistência à saúde a alcance das propostas estabelecidas pela APS.

Essas premissas remetem a indagar: será que as famílias as quais recebem a visita domiciliar dos ACS conhecem quais são as suas atribuições? Qual a avaliação delas em relação à atuação dos ACS durante a visita domiciliar? A forma que os ACS atuam atende ao que é preconizado pela PNAB? A população atendida considera que foi construído um vínculo com o ACS?

O estudo a seguir buscou as respostas para todas essas questões.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Compreender a atuação do ACS durante as visitas domiciliares, na perspectiva da população atendida na ESF em um município goiano de porte médio.

3.2. Objetivos específicos

Conhecer o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na família.

Verificar se o escopo de trabalho definido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para os ACS durante a VD está sendo cumprido.

Identificar se a população considera que foi construído o vínculo com o ACS.

Verificar a satisfação da família em relação à visita domiciliar do ACS.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

O objeto desta pesquisa é a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante a visita domiciliar (VD) realizada à população adscrita da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Primeiramente, foi apresentada a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PANB) com foco na compreensão das bases em que ela se assenta e os princípios e diretrizes que a norteiam.

Em seguida, o trabalho apresentou o ACS no contexto da ESF, explanando sobre o histórico até o quadro atual deste profissional de saúde. Complementando, foram apresentadas as principais atribuições dos ACS com ênfase na VD e a criação de vínculo entre o profissional ACS e a população atendida.

4.1. A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde

A “Atenção Primária à Saúde” (APS) tem sido apresentada, internacionalmente, como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população. No Brasil, a APS se propõe a prestar assistência à saúde no local mais próximo da vida das famílias, não sendo, necessariamente, dentro da unidade de saúde. Ela representa a porta de entrada para a rede de saúde, integrando ações preventivas e curativas de forma individualizada ou coletiva, que são realizadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviço de saúde. Esse modelo de assistência pretende realizar ações de promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (MARIN et al., 2013).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), dispondo sobre as diretrizes que norteiam seu processo de atuação e define a Atenção Primária como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a

manutenção da saúde. Tem por objetivo desenvolver atenção integral, que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

No Brasil, os termos APS e Atenção Básica (AB) são similares, diferentemente da compreensão de AB adotada por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, os quais entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade dedicado a populações de baixa renda com o objetivo de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global (CAMPOS; PEREIRA, 2013).

Historicamente, a ideia de atenção primária em saúde como forma de organização do sistema de saúde surgiu na Inglaterra, em 1920, quando o governo inglês buscou contrapor o modelo curativo flexneriano americano com outro sistema, que se tornasse referência, fosse economicamente suportável e apresentasse maior resolutividade. O Relatório Dawson, primeiro documento que fez menção à APS, concebia o modelo de atenção em centros de saúde primária, secundária, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Esperava-se que os centros de atenção primária e serviços domiciliares tivessem condições de solucionar a maior parte dos problemas de saúde. Não sendo possível, o caso seria encaminhado a centros secundários, para ser atendido por especialista ou para hospitais, quando houvesse necessidade de internação ou cirurgia. Essa forma de organização influenciou os sistemas de saúde de todo o mundo, apontando duas características que são básicas à APS: a regionalização e a integralidade (FAUSTO; MATTA, 2007).

A medicina comunitária surgiu como forma de se contrapor à hiper-especialização e à ênfase dada na época ao estudo científico e parcializado do paciente estritamente no ambiente dos hospitais universitários. Era um movimento preocupado com as demandas psicossociais dos pacientes, pressupondo que a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos se desse em seu contexto epidemiológico e social. Impunha o conhecimento das condições e necessidades de saúde e o seu manejo por meio de métodos e intervenções apropriadas sobre populações definidas e conhecidas (CAMPOS, 2005).

A necessidade de fortalecer a medicina comunitária caminhou juntamente com a necessidade de formar profissionais com amplo conhecimento; e não de conhecimento específico, que estivessem voltados para o atendimento à família. Essa necessidade, inclusive, impulsionou, em 1966, a formulação de quatro relatórios assinados pela *The National Commission Health Services, Citizens Commission on Graduate Medical Education, The report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of Council on Medical Education* e *The report of The Committee on Requirements for Certification of the American Academy of General Practice*. Todos eles criticavam a hiper-especialização e propunham mudanças no ensino médico para contemplar as necessidades da medicina familiar. A organização da APS contribui para o fortalecimento desse movimento (CAMPOS, 2005).

A partir de uma abordagem integral, a medicina preventiva propôs que a atenção médica em sua fase inicial deveria acontecer o mais próximo possível do ambiente da população, respeitando suas características socioculturais e familiares. Esses fatores respaldariam a intervenção para a prevenção e o controle do adoecimento. Forma-se, então, uma nova cultura sobre os diferentes momentos da assistência à saúde, colocando a APS como fase inicial de cuidado (FAUSTO; MATTA, 2007).

Este modelo inglês se tornou base de reorganização dos serviços de saúde de muitos países, já que os altos custos e a baixa resolutividade dos programas de saúde preocupavam governantes do mundo todo e fazia com que esses procurassem novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência (FAUSTO, 2005).

Nesse contexto de discussão de novos modelos de atenção à saúde, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a Conferência Internacional de Saúde em Alma-Ata. Essa foi denominada “Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde” e estabeleceu a meta “Saúde para todos no ano 2000”, onde foram propostas ações que envolvem a necessidade de formulação de “políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores” (p. 02). A partir disso, deve haver mobilização de

recursos em cada país do modo que, em um espírito de cooperação, assegure à sua população os cuidados primários de saúde (OMS, 1978).

A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada de cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 01).

O Brasil, apesar de não estar presente nesse evento, tornou-se signatário da Declaração de Alma-Ata em 1979, assumindo o compromisso de desenvolver estratégias que proporcionem à sua população um sistema de saúde adequado tecnicamente, economicamente possível e justo sob o ponto de vista social (MENDES, 2011).

Da definição de APS advinda da Conferência de Alma-Ata, emergiriam elementos que são essenciais à APS, tais como a educação em saúde, o saneamento básico, o programa materno-infantil - incluindo imunização e planejamento familiar, a prevenção de endemias, o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns, a provisão de medicamentos essenciais, a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano (MENDES, 2015).

O compromisso assumido com a ratificação da Declaração de Alma-Ata transformou-se em referência para o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência

Social (MPAS). Mas, todo o processo de desenvolvimento da APS no Brasil passou por diversos ciclos, conforme explica Mendes (2015), sendo que alguns tiveram início antes mesmo da Conferência.

O primeiro ciclo foi em 1924, com a criação dos Centros de Saúde pela Universidade de São Paulo (USP). O segundo ciclo aconteceu no início da década de 1940, a partir da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que, atualmente, se chama Fundação Nacional de Saúde. O terceiro ciclo só veio a acontecer na metade da década de 1960, quando as Secretarias Estaduais de Saúde passaram a olhar as ações de prevenção da doença, incorporando a atenção médica em um modelo voltado especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas prevalentes na época, tais como tuberculose e hanseníase. Essas ações, chamadas de programas de saúde pública, tiveram algum grau de verticalidade. Já o quarto ciclo, nos anos 1970, foi influenciado pela proposta da Conferência de Alma-Ata, sendo um ciclo que se desenvolveu na forma de programas de extensão de cobertura, voltados à atenção básica. Essa experiência começou em universidades, como, por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento na Região Nordeste em 1976 e que alcançou abrangência nacional em 1979. O quinto ciclo aconteceu na década de 1980, juntamente com a crise de Previdência Social. Esse quadro levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) que as levaram para dentro das unidades de APS do sistema de saúde pública. A instituição do SUS, após a promulgação da Constituição Federal, levou a um sexto ciclo da APS no Brasil. Ele foi marcado pela municipalização das unidades de APS dos estados, as quais passaram à gestão dos municípios, gerando expansão nos cuidados primários. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) representou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS brasileira, voltada para a atenção básica à saúde e em vigência nos dias atuais (MENDES, 2015).

Em 1980, o Ministério da Saúde convocou a VII Conferência Nacional da Saúde (CNS), que tinha como tema os Serviços Básicos de Saúde e a criação do Programa de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) (RIBEIRO, 2007).

O Programa de Serviços Básicos de Saúde preconizava, pela primeira vez, a

integralização, regionalização e hierarquização das ações de saúde. Infelizmente, o embate entre empresários da saúde e o Ministério da Saúde acabou inviabilizando este programa, mas o PREV-Saúde deixou um legado importante para a história do Brasil ao apresentar as bases da integração dos serviços públicos de saúde, que resultariam no SUS, e lançar o conceito de “Atenção Básica de Saúde” (CUNHA; CUNHA, 1998).

A década de 1980 foi, indiscutivelmente, anos de lutas por direitos. Mesmo com a ditadura, a população reivindicava contra os 20 anos de opressão. Em meio a situação social e política estavam militantes da Saúde Pública, como o médico sanitarista Sérgio Arouca (AROUCA, 1986). Em 1986, ele presidiu a VIII Conferência Nacional da Saúde, onde, em seu histórico discurso de abertura, defendia o conceito da OMS de que saúde não era somente ausência de doenças, ampliando esse conceito para a necessidade de qualidade de vida (CASTRO, 1997).

Essa histórica Conferência Nacional da Saúde resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) e os governos estaduais, criou as bases para a seção “Da Saúde” na Constituição Brasileira, de 05 de outubro de 1988, que, posteriormente, influenciou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresentou a recomendação da “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado”, o que foi muito importante para a profissionalização do ACS (RIBEIRO, 2007).

Em 1988, foi criado o SUS, juntamente com a promulgação da Constituição Federal da República, implementando a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Antes dessa data, a assistência à saúde era oferecida por meio do INAMPS, sendo que esse direito era restrito a quem estava empregado formalmente. Aos demais a assistência à saúde era considerada um favor, e não um direito (BRASIL, 1988).

O SUS tem como pilares básicos a universalidade no acesso aos serviços, a igualdade no atendimento e a equidade na distribuição dos recursos. Os princípios do SUS estão dispostos no art.198 da Constituição Federal, bem como na Lei n. 8.080/1990, que

trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sua organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A sua organização pauta-se pelas diretrizes da descentralização e hierarquização com direção única em cada esfera do governo (federal, estadual e municipal), do atendimento integral que compatibiliza as atividades preventivas e assistenciais e do controle exercido pela sociedade por meio da participação da comunidade nas conferências e nos conselhos de saúde (BRASIL, 2000).

Na atualidade, a APS tem sido adotada como estratégia para reordenar o SUS. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, em conjunto com o Ministério da Saúde, a APS é estratégia de ordenação do SUS, na qual a ESF se torna responsável por determinada população. Com isso, passa-se a basear a gestão no foco de base populacional, uma vez que os territórios são parte da determinação social da saúde e de uma lógica racional de organização dos sistemas de saúde, especialmente na busca de economias de escala e de escopo, além da qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

Essa organização ocorreu após um tempo em que a atenção à saúde teve caráter predominantemente curativo, com incorporação crescente de tecnologias, propiciada pelo desenvolvimento tecnológico do pós-guerra, elevando os custos da prestação de serviços e inviabilizando o acesso para parcelas significativas da população. Era imprescindível, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabelecer serviços permanentes de saúde para controle e prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde (RIBEIRO, 2007).

Assim, era necessário voltar-se para atenção básica em saúde, compreendida como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a, p. 19).

A APS resulta em um processo gradativo de transformação, com mudança do objeto

de atenção e o deslocamento do enfoque na produção de procedimentos para o de cuidados. Busca práticas capazes de provocar mudanças efetivas no sentido da integralidade, da humanização, da aproximação usuário-serviço-profissionais de saúde e é voltada, particularmente, para o nível local (MARQUES, 2008).

Nesse sentido, a atenção à saúde deixa de ser um cuidado prestado apenas por profissionais de nível superior, com destaque para médicos e enfermeiros, generalistas ou especialistas, para o ser prestado por uma equipe multiprofissional, formada por profissionais de diversas formações, conforme explica Mendes (2015, p. 38):

Mesmo sob os nomes genéricos de PSF ou de ESF convivem variados modelos de cuidados primários. (...) Há o modelo de medicina de família e comunidade estrito senso, calcado em modelos europeus e canadense, em que a centralidade do cuidado faz-se por meio de consultas médicas propiciadas por médicos generalistas ou por especialistas em medicina de família e comunidade. E há o modelo do PSF em que se ofertam serviços de médicos e enfermeiros generalistas, de técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, de alguns outros profissionais de nível superior sob a forma de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de agentes comunitários de saúde (ACS) (MENDES, 2015, p. 38).

A PNAB/2012 trouxe a revisão da ESF e do PNACS, porque tais programas já se consolidavam como estratégias exitosas no processo de reorganização da APS e, também, porque a ESF deveria, por isso mesmo, ter ampliada a sua abrangência para todo o território nacional (BRASIL, 2012a).

Outros motivadores considerados para aprovação da PNAB/2012 foram os princípios e as diretrizes que nortearam a elaboração dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, firmados entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal), o que viria introduzir mudanças importantes para o SUS, tais como: a adesão ao sistema deveria estar conforme os Termos de Compromisso de Gestão, a regionalização do SUS, “a integração das várias formas de repasse dos recursos federais” e a Unificação dos Pactos citados acima, além da decisão do governo federal em instituir indicadores para o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b, p. 07; BRASIL, 2006c).

Em 2011, a PNAB foi atualizada, com base em experiências acumuladas desde a sua criação, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, trazendo em seu bojo mudanças na forma de financiamento, que passou a combinar equidade (município mais necessitado recebe mais) e qualidade (melhores resultados são premiados) como parâmetros para o repasse aos municípios de verbas federais (BRASIL, 2011a). A PNAB, também, introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção, bem como regulamentou aspectos relacionados à jornada de trabalho da equipe de profissional da ESF (BRASIL, 2012a).

No ano de 2017 houve uma terceira atualização da PNAB (a primeira aconteceu em 2006, e a segunda em 2012), sendo essa revisão recomendada em 2015, pela Conferência Nacional da Saúde. As alterações foram promulgadas por intermédio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2017a).

Essas alterações visam, prioritariamente, a alcançar maior resolutividade na APS, cujo índice espera-se chegar a 80%. As mudanças trazidas no novo documento visam não apenas a fortalecer a PNAB, mas também a informatizar os serviços para melhoria da informação coletada e a garantir composição de profissionais, carga horária e redistribuição de habitantes por equipes (BRASIL, 2017a).

Além dessas mudanças, também, observou-se que a gestão municipal poderá compor equipes da AB de acordo com características e necessidades locais e deverão ser compostas minimamente por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. O número de ACS será flexível, podendo variar de apenas um a quatro profissionais em regiões de maior vulnerabilidade social, mas, nessas regiões, deve ser capaz de alcançar 100% de cobertura da população adscrita. A nova legislação traz novas atribuições para os ACS, como aferir pressão arterial e glicemia capilar, além de fazer curativos limpos. Essas novas atividades começarão após autorização legal e capacitação técnica para tal fim (BRASIL, 2017a).

4.1.1 Princípios norteadores da APS

A APS na atualidade é norteada por princípios instituídos no Caderno de Atenção Primária e Promoção à Saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), sendo eles o do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação (BRASIL, 2007).

Ela deve ser a porta de entrada da população no sistema de saúde, portanto o primeiro contato da população com o serviço. Está ligada à acessibilidade, ou seja, ao atendimento, o qual deve acontecer em local de fácil acesso e disponível (STARFIELD, 2002).

O acesso refere-se ao uso oportuno do serviço de saúde, de maneira que o usuário alcance os melhores resultados possíveis. A acessibilidade permite que o cidadão chegue aos serviços, sendo este elemento estrutural necessário à APS. O local de atendimento deve ser acessível e disponível, para não postergar a procura pelo serviço, nem afetar adversamente o diagnóstico e manejo dos problemas de saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Esse acesso se classifica como sócio organizacional ou geográfico. O acesso sócio organizacional trata dos recursos que facilitam (ou não) as tentativas de chegar ao local do atendimento. São exemplos: horário de funcionamento, forma de marcação de consulta e existência de filas para atendimento. Já a classificação geográfica se caracteriza pelos aspectos relacionados à distância e ao tempo para chegar à unidade e utilizar os serviços, tais como o meio de transporte e a distância em si (STARFIELD, 2002).

Buscando esclarecer esses conceitos relacionados à acessibilidade, Shimazaki (2009) explica que:

Disponibilidade: trata da obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade;

Comodidade: refere-se ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros aspectos;

Aceitabilidade: se relaciona com a satisfação do usuário quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

A longitudinalidade, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 41), refere-se a “uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problema de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre um indivíduo e um profissional ou equipe de saúde”.

Nessa relação, busca-se estabelecer o vínculo e a responsabilização entre a equipe de saúde e a população assistida. Objetiva-se conhecer as pessoas, sua família, a comunidade à sua volta e, paralelamente, esses conhecerem a equipe de saúde. Com isso, busca-se uma relação regular de atenção, com equipes de saúde estáveis. A estabilidade da equipe é um dos principais desafios da longitudinalidade (BRASIL, 2007).

Esse princípio traz benefícios, especialmente quando há estabilidade nas equipes de saúde e serviços ofertados. Melhores cuidados relacionados à prevenção, tratamentos completados, atendimento precoce e mais adequados, menor custo, menor tempo de hospitalização, controle mais eficiente com pessoas com doenças crônicas e comorbidades são algumas dessas vantagens (BRASIL, 2010).

A integralidade refere-se à competência da equipe de saúde em lidar com todas as necessidades de saúde da população, solucionando-as. Também, refere-se aos demais pontos da atenção à saúde, envolvendo a rede secundária ou terciária (BRASIL, 2007). Está no bojo da discussão que considera o usuário do sistema de saúde como um cidadão que deve ser visto como um ser integral, considerando suas dimensões biológica, cultural e social. Deve priorizar a visão preventiva, sem, contudo, negligenciar os serviços assistenciais. Assim, as ações de saúde devem ser capazes

de atender às demandas desses indivíduos e de suas famílias no acesso aos serviços de saúde (FRACOLLI et al., 2011).

No dia-a-dia, a integralidade se manifesta nas interações entre o usuário e a equipe de saúde com atuação interdisciplinar. Mas, para isso, depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas (ou não) pelo indivíduo, da abordagem do ciclo vital e familiar, além do conhecimento sobre diversos campos (BRASIL, 2007).

A coordenação é o quarto princípio da APS e essencial para que os três princípios anteriores sejam alcançados. Trata da necessidade de haver coordenação entre as ações e respostas às demandas dos usuários. A essência desse princípio é a informação e sua utilização por intermédio de sistemas que disponibilizam as informações necessárias em tempo oportuno (BRASIL, 2010).

4.1.2 Princípios básicos da ESF

A coordenação do cuidado é atributo fundamental na APS, estando relacionada com a articulação de serviços e com ações de atenção à saúde, independentemente do local de prestação do serviço.

A finalidade da coordenação do cuidado na APS é fortalecer a própria APS, tornando seus serviços mais efetivos para a população, articulando a rede de atenção, favorecendo o acesso aos níveis acima e permitindo a continuidade do cuidado como um todo. Evidências científicas demonstram que esse nível de atenção, quando fortalecido, consegue oferecer eficiência e continuidade da atenção e satisfação do usuário (SILVA; ANDRADE, 2014).

A APS tem três funções básicas: a função resolutiva de atender 90% dos problemas de saúde mais comuns, o que não significa, necessariamente, que sejam os mais simples; a função de coordenar e ordenar o fluxo e contra fluxo dos usuários dos serviços das informações na rede de assistência; por fim, a função de se responsabilizar pela saúde da população usuária que está adscrita às equipes da ESF.

Assim, o SUS só estará organizado em redes se a APS for capaz e qualificada para desempenhar satisfatoriamente essas três funções (MENDES, 2015).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica em obedecer algumas condições, como a coordenação, como forma de alcançar a resolutividade, a comunicação e a responsabilização. A coordenação “conota a capacidade de garantir continuidade da atenção, através de equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com função de centro da comunicação das redes de assistência à saúde” (MENDES, 2015, p. 45).

À APS compete a responsabilização pela saúde da população e coordenação da rede de atenção à saúde. Mas, desempenhar essa atividade é uma tarefa complexa, que envolve ações de coordenação organizacional, compostas por um ciclo contínuo de tarefas separadas, sendo: o ajustamento mútuo, a supervisão direta, a padronização dos processos de trabalho, a padronização dos resultados do trabalho e a padronização das atividades dos trabalhadores (MENDES, 2015).

A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS, estruturado a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS). De acordo com o Ministério da Saúde, a ESF trabalha com base no caráter substitutivo, na hierarquização, na territorialização e na equipe multidisciplinar (BRASIL, 2001).

A característica de caráter substitutivo da ESF está relacionada com a substituição das práticas tradicionais de assistência, antes focadas na doença, por um novo enfoque, a vigilância da saúde (BRASIL, 2012a).

Já a hierarquização na ESF pressupõe que os serviços de saúde estão organizados em níveis crescentes de complexidade, que varia do nível local, a APS, até os níveis mais especializados, em rede de atendimento secundário e terciário. Esse sistema é denominado de referência e contra referência, sendo que o sistema de referência ocorre no nível de menor complexidade para o de maior complexidade, e o nível de contra referência é inverso, do nível de maior para o de menor complexidade (BRASIL,

2012a).

A territorialização indica que a ESF se desenvolve por meio de um conjunto de políticas que não estão centradas na doença, mas em práticas de trabalho em equipe, destinadas à população de territórios delimitados, pelos quais as equipes da ESF são responsáveis. A territorialização não se vincula, exclusivamente, ao espaço geográfico, mas também a aspectos técnicos e gerenciais, identificando as prioridades de intervenção e conformação dos serviços de saúde (BRASIL, 2012b).

Segundo Correia et al. (2010), a territorialização se liga à atuação no território em que a equipe da ESF atende uma população definida, o que também é conhecido como adscrição da clientela. Assim, ao definir o território da equipe, reconhece-se a população com a qual se trabalhará, permitindo a criação do vínculo entre a equipe da ESF e a população.

Assim, o território atendido pela ESF representa mais do que aspectos geográficos. Ele é caracterizado por condições específicas e prioridades que variam conforme sua população, o que pode envolver fatores como densidade populacional, acessibilidade aos serviços, condições socioeconômicas e sociais. Além disso, devem ser identificados fatores de risco, barreiras geográficas ou culturais e indicadores de saúde. A identificação dessas características contribui para o planejamento e a organização das ações em saúde (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

A APS enfatiza questões que não compõem os princípios da ESF, mas são fundamentais para atingir os objetivos aos quais se propõe. O vínculo e a continuidade enfatizam os aspectos do cuidado, relacionando-se com a construção de laços entre a equipe da ESF e a população adscrita (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A PNAB (BRASIL, 2012a) aponta como fundamento da APS o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população atendida, de tal forma que crie uma relação de cuidado, de conhecimento do contexto familiar, da prevenção em saúde e do cuidado efetivo. A adscrição trata da vinculação das famílias aos profissionais que compõem a ESF, fundamentada em relações de afetividade e confiança mútua. Essa relação visa alcançar a corresponsabilização pela saúde ao

longo do tempo.

O conceito de longitudinalidade do cuidado envolve a continuidade da relação clínica, construção do vínculo e responsabilização entre população e equipe. Busca-se estabelecer uma relação duradoura, com acompanhamento das intervenções realizadas e ajustamento de condutas, de maneira a não perder as referências (BRASIL, 2012b).

São várias as funções da Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando-se: reconhecer o território e a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e condições de risco às quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, o plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde e doença; prestar assistência integral; acolher 100% dos problemas prevalentes no território; realizar assistência domiciliar no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente exigirem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária. Outra função, participar de grupos comunitários, sendo importante a equipe estimular a participação em reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e às alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pela comunidade (BRASIL, 2012a).

4.2 Agente comunitário de saúde: breve histórico

No país, os primeiros relatos de trabalhadores que estabeleceram uma relação de proximidade entre comunidade e serviço de saúde datam da década de 1940, quando surgiram as visitadoras e os guardas sanitários. Esses eram moradores da comunidade que atuavam na promoção e educação sanitária nas localidades, tendo como pré-requisitos para as funções: a escolaridade, a personalidade, a capacidade de comunicação e de estabelecer relação com o outro e hábitos de higiene (TEIXEIRA, 2008).

No Brasil, em 1987, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, com recursos próprios e vinculados à Secretaria de Saúde do Estado através de uma coordenação centralizada. Foram contratadas, à época, mais de 6.000 mulheres de áreas carentes para realizar atividades de promoção de saúde em função de períodos de estiagem que ocorriam na região. Entre essas ações básicas estavam: terapia de reidratação oral, vacinação e orientação para estímulo ao aleitamento materno. Findo o período crítico de seca, o trabalho foi expandido, visando melhorar a capacidade da comunidade cearense de cuidar de sua própria saúde. Tais práticas visavam a reduzir, especialmente, o risco de morte em mães e crianças relacionadas ao parto, a aumentar o número de mães que amamentavam os seus filhos exclusivamente até os quatro meses de vida e a reduzir os óbitos, provocados pela desidratação decorrente da diarreia (SAKATA, 2009).

Esse trabalho dos ACS, naquele estado, foi considerado um resultado extremamente positivo e responsável pela queda da taxa de mortalidade infantil no período de 1991-1995, o que lhes conferiu o prêmio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no ano de 1993. A partir de resultados tão positivos, o Ministério da Saúde, em 1991, instituiu o PACS nacional, que apresentava repasse de recursos e normatização, primeiramente na Região Nordeste do país e, em seguida, nas regiões Norte e Centro-Oeste. Após 10 anos, o programa estava presente em todas as regiões do país (CHEAVEGATTI, 2008).

É das enfermeiras Heloisa Machado e Maria de Fátima Souza a proposta inicial de criação do Programa de Saúde da Família. Nele, haveria a vinculação de cada cinco ou seis agentes a um médico, uma enfermeira e um ou dois auxiliares de enfermagem, que atuariam em um posto de saúde. Cada agente cuidaria de 100 a 200 famílias, as quais participariam do processo de seleção do agente, que passaria a cadastrar a população daquele núcleo e a visitar mensalmente cada família, servindo de intermediário no atendimento da unidade de saúde com os demais membros da equipe, restabelecendo duas características para o atendimento médico, que era o vínculo e a responsabilidade de quem atende para com quem é atendido (BRASIL, 2010).

A partir de 1991, durante o processo empreendido pelo Ministério da Saúde para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi implantada a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Essa estratégia visava a promover a reorganização da APS, que teria novos passos a partir da implantação gradual da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a agregar os agentes comunitários de saúde (ACS) a outras maneiras de organização da Atenção Primária da Saúde (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2014).

Ainda em 1991, foi instituído pelo Ministério da Saúde o quadro de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). A base para isso encontra-se na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e na Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que definiu a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990b).

Em 1992, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi transformado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), nomenclatura ainda atual (MOROSINI et al, 2007). Entretanto, como profissão regulamentada, o agente comunitário de saúde (ACS) só veio a ser reconhecido através da Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002).

No PACS nacional, o objetivo era o mesmo, acrescentando-se a necessidade de transmitir informações e conhecimentos à população e de proporcionar ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Os objetivos específicos abordavam capacitar os agentes de saúde para realizarem ações do primeiro nível de atenção à saúde; garantir um trabalho integrado entre a equipe de saúde da unidade e o agente; fortalecer o contato entre os serviços de saúde e a comunidade; ampliar o acesso à informação de saúde pela comunidade e cooperar com a organização comunitária para lidar com os problemas de saúde (SILVA; DALMASO, 2002).

O desenvolvimento das ações do PACS ocorre por meio da ação dos ACS, pessoas que são escolhidas dentro das comunidades para atuarem junto à população. Acredita-se que por serem pessoas do povo, os ACS não só se assemelham nas

características e anseios desse povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades dessa população. Assim, em relação ao processo de seleção dos indivíduos para atuar como ACS, prevaleceram as mesmas características do programa original no Ceará: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, concluir o primeiro grau escolar, morar há mais de dois anos na comunidade e dispor de oito horas por dia para o trabalho (SILVA; DALMASO, 2002).

O PACS representa o eixo estratégico de reforma do modelo de assistência. Esse programa promove a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução dos ACS, como trabalhadores incumbidos de desenvolver ações de atenção básica em saúde. Assim, o PACS está focado na família (não no indivíduo) e na atenção preventiva (e não somente na curativa) (MARQUES, 2008).

Existem, conforme dados do Ministério da Saúde de dezembro de 2016, 286.220 ACS em todo o território nacional, que constituem um elo importante entre a comunidade e a equipe multiprofissional da Saúde da Família, a qual é formada por médicos, dentistas, enfermeiros e auxiliar de enfermagem, devendo ter um número suficiente para atender a 100% da população cadastrada (BRASIL, 2017b).

Um ACS deve ficar responsável por até 750 pessoas (100 a 250 famílias) e cada equipe de saúde deve ter em seu quadro no máximo doze e no mínimo quatro agentes comunitários de saúde, com carga horária semanal de 40 horas. Ainda de acordo com as diretrizes da PNAB, cada equipe de saúde deve ficar responsável por uma média de três mil pessoas e no máximo quatro mil pessoas, sendo que o volume de pessoas por equipe deverá ser inversamente proporcional ao grau de vulnerabilidade das famílias (BRASIL, 2012c).

A ação do ACS favorece a modificação de situações problemáticas que afetam a qualidade de vida das pessoas, como aquelas associadas à falta de saneamento básico, desemprego, acidentes, drogas lícitas e ilícitas, dentre outras. Por estar mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, o ACS deve se destacar pela sua capacidade de comunicação com as pessoas, bem como pela liderança natural que exerce (BRASIL, 2012c).

A PNAB do ano de 2012 ampliou a atuação dos ACS, que são responsáveis pelo atendimento das necessidades de saúde de populações em situações específicas, como população em situação de rua ou população ribeirinha. O objetivo dessa atuação é ampliar o acesso dessa população à rede de atenção, oferecendo atenção integral à saúde. Para isso, pode-se lançar mão de equipes de profissionais *in loco*, que possuem a responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situações específicas (BRASIL, 2012a).

4.3 Atribuições do ACS

O ACS exerce um papel de grande relevância para a comunidade, contribuindo para solucionar os principais problemas que afligem as pessoas de forma coletiva ou individual, podendo atuar, através da orientação, de pronto ou encaminhar quem precisa de apoio para a UBS (BRASIL, 2009a).

A regulamentação da profissão acontece por intermédio da Lei n. 11.350/2006, que trata do § 5º do art. 198 da Constituição Federal. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. A referida lei considera que:

Art. 2º - O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Art. 3º - O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006c, p. 01).

O art. 6º da Lei 11.350/2006 trata dos requisitos mínimos para que o indivíduo ocupe a função de ACS. São eles: (1) residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; (2) haver concluído, com

aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada e (3) haver concluído o ensino fundamental. A definição da área geográfica é de responsabilidade do ente federativo que esteja executando a seleção. Tal seleção é de responsabilidade dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que acontecerá sob a forma de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, conforme trata o art. 9º da lei, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades e que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 2006c).

Além disso, a referida Lei n. 11.350/2006 aponta que o ACS admitido pelo gestor local do SUS estará submetido ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), salvo se legislação estadual, distrital ou municipal dispuser de forma contrária. A jornada de trabalho é de 40 horas semanais (BRASIL, 2006c) e o piso salarial da categoria é de R\$ 1.014,00 (um mil e quatorze reais) mensais, conforme estabelecido pela Lei n. 12.994/2014 (BRASIL, 2014).

Por ser considerada uma categoria de trabalho importante para o atingimento dos objetivos da APS, está em discussão no Senado Federal o Projeto de Lei n. 56/2017, que visa a regulamentar, juntamente com a profissão de agente de combate a endemias, a profissão de ACS. A proposta em análise visa a definir atribuições, nível de qualificação, jornada e condições de trabalho dos ACS e agente de combate às endemias. No projeto, as atribuições são especificadas em atividades privativas, supervisionadas, compartilhadas e integradas (BRASIL, 2017c).

Outro ponto que deve ser modificado, caso o PL seja aprovado, é a determinação da área de residência do ACS. A legislação atual, Lei n. 11.350/2006, determina que o ACS deve residir na área da comunidade em que atua. Entretanto, está em análise permitir a esse servidor morar em local diverso, quando houver risco à sua integridade física ou de membro de sua família em decorrência de ameaça por parte de membro da comunidade em que atue. O projeto também prevê uma indenização de transporte para o ACS, em virtude da necessidade de locomoção inerente à atividade dos ACS nas suas áreas de atuação (BRASIL, 2017c).

Ao ACS cabe, além de atuar para melhorar a qualidade de vida das pessoas por meio da orientação em sua área (com ações de promoção e vigilância em saúde), desenvolver ações que “busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade” (BRASIL, 2012c, p. 49).

O trabalho do ACS tem como perspectiva ampliar o acesso e a extensão da informação de cobertura por serviços de saúde para parcelas específicas da população brasileira. O programa contempla a “racionalidade técnica e econômica, a integralidade e a humanização do atendimento, (...) participação popular em saúde, o estabelecimento de vínculos de laços de compromisso”, o que deverá traduzir-se em corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Para alcançar esses propósitos, o ACS deve alcançar boa interação com os usuários, sendo essa considerada uma condição essencial para que suas ações possam alcançar os objetivos pretendidos. A dinâmica dessa relação, com a criação e manutenção do vínculo, contribui para o diagnóstico efetivo das necessidades do núcleo familiar, para, posteriormente, serem encaminhadas, se preciso, aos demais profissionais da ESF. Uma interação frágil não estabelece as conexões necessárias para o processo de trabalho da equipe, nem para a criação do vínculo, que permite estabelecer melhor assistência à saúde. O ACS costuma ser o primeiro profissional com quem o usuário tem contato, está inserido na comunidade onde atua, e a qualidade da interação ajudará na organização das demandas, reflexão sobre a prática, troca de experiências e planejamento das ações (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Também, na oportunidade das visitas domiciliares, o ACS deve, sempre que possível, coletar informações relacionadas a aspectos físicos e sociais envolvendo a família a comunidade assistida, através das quais a equipe de Saúde da Família poderá atuar na correção e/ou melhoria do atendimento à saúde da coletividade (SAKATA, 2009; LASTE et al., 2012).

Assim, o ACS, por estar em contato direto com a população a que ele assiste rotineiramente, pode entender de forma clara os seus anseios e as suas dificuldades e trazer a atenção dos gestores públicos a essas informações (COSTA; CARVALHO, 2012).

As periferias são os lugares onde o atendimento feito pelas políticas públicas é essencial, tanto pela grande quantidade de pessoas que habitam essas áreas quanto pela condição social desfavorecida. Assim, a atuação do SUS é de suma importância para trazer condições de tratamento e para a difusão de conhecimento relacionado à saúde (COSTA; CARVALHO, 2012).

Neste contexto, a atuação nas periferias do agente comunitário de saúde reveste-se de destacada relevância, uma vez que contribui para que o SUS possa atuar, inserindo uma nova perspectiva para a população, no que diz respeito à saúde (TEIXEIRA, 2005 apud COSTA; CARVALHO, 2012).

Com relação às atribuições do ACS, estas estão detalhadas na PNAB/2012, que estabeleceu como atribuições básicas do ACS: participar no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe; desenvolver atividades de vigilância à saúde, prevenção de doenças e agravos, e promoção da saúde por meio de ações individuais ou coletivas e/ou visitas domiciliares; realizar busca ativa; notificar doenças e agravos exigidas compulsoriamente ou consideradas de importância local; buscar criar vínculo entre a comunidade e a equipe de Atenção Primária da Saúde, através visitas domiciliares e “escuta qualificada”; integrar o programa de controle de tuberculose (TB), de hanseníase e de outros que forem instituídos pelo Ministério da Saúde; participar da mobilização da comunidade no sentido de uma maior participação em questões de saúde; manter os registros atualizados nos sistemas de informação de saúde; realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Considera-se, ainda, que o gestor municipal pode agregar novas atribuições, de acordo com as especificidades locais (BRASIL, 2012c).

No cumprimento de suas atribuições, o ACS atua como um mediador e facilitador no

trabalho desempenhado pela atenção primária da saúde, assinalando, entretanto, que o ACS, não raras vezes, se vê envolvido em “disputa pela hegemonia do controle sobre seu processo de trabalho, envolvendo os interesses políticos dos gestores, a visão técnica dos enfermeiros responsáveis e as necessidades das pessoas da comunidade” (BORNSTEIN; DAVID, 2014, p. 108).

4.4. Visita domiciliar pelo ACS

A Visita Domiciliar (VD) é uma prática profissional que acontece no meio familiar do indivíduo, onde o profissional poderá realizar a observação do ambiente e da rotina familiar, assim como entrevistar o indivíduo. Tem como finalidade a investigação de agravos ou o atendimento de necessidades do indivíduo (AMARO, 2003).

Historicamente relacionada à saúde coletiva, no setor Saúde, a VD é um instrumento formado por um conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas e a famílias com algum nível de alteração de saúde ou para realizar atividades ligadas aos programas de saúde (BRASIL, 2003a).

No Brasil, a VD está totalmente ligada aos princípios do SUS, presente na PNAB, inserida nos Programas de Saúde da Família como metodologia para realizar os Programas de Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão e Diabetes, ações de Saúde da Criança entre outros, sendo atribuída a todos os profissionais da equipe da ESF, mas como atividade diária a ser realizada pelo ACS (GIOVANELLA, 2003).

A VD é a principal atribuição do ACS e é por meio dela que o profissional busca conhecer o *locus* e a família atendida, identificando suas condições de saúde, necessidades e pontos de vulnerabilidade. A VD contribui para integrar a Atenção Primária à Saúde (APS) à comunidade atendida, por meio da criação de um vínculo de confiança (CRUZ, BOURGET, 2010).

A VD não é estratégia inédita na saúde brasileira, mas se adequou às condições

políticas e ideológicas de cada período. Com a formatação recebida no contexto da APS e da ESF, a VD passou a ter finalidade mais ampla e complexa. Se nos primeiros tempos o objetivo da VD era assistir aos enfermos e cuidar dos aspectos relacionados à sua doença, dentro da APS, a VD passa a se articular como elemento de ligação da população à própria APS, tendo a família como núcleo de atenção (CRUZ; BOURGET, 2010).

A VD representa um dos principais recursos da medicina da família e destina-se, portanto, à família residente no domicílio. A família é considerada o eixo básico da sociedade, que forma valores e cultura e deve ser unidade para as políticas da atenção básica. Não é estática, já que sofre influência de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Por isso, a VD a cada família tem uma finalidade e, para isso, é necessário conhecer essa família, como ela atua, como é composta e se comporta, qual sua dinâmica, suas vulnerabilidades e liderança. Com esse diagnóstico, a VD pode ser direcionada para proporcionar os efeitos desejados (BRASIL, 2009c).

A VD é, então, uma intervenção externa da equipe de saúde (ACS) na residência da família, que tem como objetivo “promover ações preventivas, curativas, de promoção e de reabilitação dos indivíduos em seu contexto familiar, por permitir maior aproximação dos profissionais com a realidade de vida e dinâmica da família” (CRUZ; BOURGET, 2010, p. 607).

A VD pode ser classificada em VD meio ou VD fim. A VD meio tem a finalidade de realizar busca ativa, promoção da saúde e prevenção de doenças. Ocorre em situações como: busca ativa por demanda reprimida; educação em saúde; estímulo ao cuidado em saúde; identificação de necessidades de promoção da saúde; estabelecimento de canais de comunicação. Já a VD fim tem a finalidade de: acompanhar pacientes acamados em internação domiciliar, promover a atenção ao parto e a atenção domiciliar terapêutica (COELHO; SAVASSI, 2004).

A Portaria n. 2.488, promulgada em 21 de outubro de 2011 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), definiu que, para o sucesso da ESF, é necessário que o

ACS realize, ao menos, uma VD mensalmente a cada família. Entretanto, algumas famílias, em função de fatores de risco podem necessitar de mais de uma visita mensal.

Autores como Coelho e Savassi (2004) e Souza et al. (2013) desenvolveram estudos visando a identificar um instrumento para levantamento do risco de uma família e nortear as necessidades de VD.

O instrumento definido por Coelho e Savassi (2004) contribui para identificar riscos e vulnerabilidade e, após, priorizar as VDs no âmbito da ESF. O instrumento ressaltava riscos e vulnerabilidades da unidade familiar, atribuindo pontos, de tal forma que, ao final, é possível identificar as famílias com maiores riscos e que necessitam de maior atenção e recursos por parte da equipe de saúde. Já o instrumento definido por Souza et al. (2013) adota os critérios de vigilância para verificação de riscos, tais como domicílios com pessoas acamadas ou com deficiência física, domicílios com baixas condições de saneamento, com pessoas em estado de desnutrição grave, ou que apresentam relação morador/cômodo maior que um, por exemplo.

Ambos os instrumentos (COELHO; SAVASSI, 2004; SOUZA et al., 2013) foram desenvolvidos e analisados a partir da Ficha A do Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB), preenchida pelo ACS em sua primeira VD à família. Como resultado final, buscaram também identificar as famílias mais vulneráveis (BRASIL, 2003b, p. 10).

A atenção domiciliar à família por meio da VD acontece por meio de três passos: o 1º passo é a identificação dos pacientes elegíveis para a VD, o que acontece durante a territorialização; o 2º passo é a classificação da complexidade dos usuários, que pode ser realizada conforme Escala de Coelho (2004) discutida acima e o 3º passo envolve elaborar um plano de cuidados para cada família (BRASIL, 2012a).

Esse planejamento para a realização da VD está envolvido em ação racional,

orientada por objetivos específicos e que sejam pautados pela eficiência, promovendo a independência e a preservação da autonomia do usuário. Os resultados alcançados devem ser registrados no prontuário para alimentar os sistemas de informação, que contribuem para a retroalimentação desse mesmo sistema e planejamento das próximas ações, tanto na VD quanto na APS (ANDRADE, GUIMARÃES, 2014).

Ao ACS, enquanto integrante da ESF, cabe realizar a VD na sua microárea com o objetivo de fazer: busca ativa de gestantes, busca ativa de crianças com menos de 1 ano de vida, em aleitamento materno, busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e da imunização, busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para orientação quanto à terapia de reidratação oral (TRO), busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade com insuficiência respiratória (IRA), busca ativa de sintomáticos respiratórios ou pacientes em tratamento de tuberculose, busca ativa de sintomáticos dermatológicos ou pacientes em tratamento de hanseníase, busca ativa de mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e de mama, busca ativa de hipertensos, orientações em relação a dengue e outras atividades como aquelas relacionadas ao programa Bolsa-Família, por exemplo (BRASIL, 2011c).

Assim, pode-se observar que existem diversas atribuições para o ACS, e que as atribuições mais importantes acontecem durante a VD, sendo o elo mais importante entre o sistema de saúde e a população atendida (ANDRADE, GUIMARÃES, 2014).

5. METODOLOGIA

A pesquisa buscou analisar as atividades desenvolvidas pelo ACS na visita domiciliar segundo a perspectiva do usuário do município de Iporá. As questões aplicadas visavam responder aos objetivos específicos estabelecidos, sendo eles: compreender o trabalho do ACS na família; verificar se o escopo de trabalho definido pela PNAB para os ACS está sendo cumprido; identificar se a população considera que foi construído o vínculo com o ACS e verificar a satisfação da família em relação à visita domiciliar do ACS.

5.1. Tipo de estudo

Este é um estudo do tipo inquérito epidemiológico, que recorreu diretamente à população de usuários dos serviços de saúde para analisar as atividades desenvolvidas pelo ACS na visita domiciliar segundo as perspectivas desses usuários.

Inquérito epidemiológico é um estudo realizado por meio de levantamento epidemiológico, através de coleta ocasional de dados sobre a prevalência de casos clínicos ou portadores de determinadas condições em uma comunidade. Por ser um estudo seccional, é realizado em amostras populacionais, visando a obter informações sobre uma população específica. A realização desse tipo de estudo permite coletar dados que contribuem para o planejamento, execução e avaliação de ações de saúde (BRASIL, 2009b).

5.2. Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Iporá, localizada no estado de Goiás (GO), que tem uma população, conforme estimativa apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 32.218 habitantes, com uma densidade demográfica de 30 hab./km² (GOIÁS, 2012; IBGE, 2016).

De acordo com dados do SUS, relativos a índices de desempenho do ano de 2011, 76,74% da população do município de Iporá têm acesso à Atenção Primária da Saúde, mesmo resultado obtido no caso de cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal, com 100% de cobertura do ACS. Já o Índice de acesso da população do município de Iporá ao SUS é de 44,10% (BRASIL, 2011d).

De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil:

A renda per capita média de Iporá cresceu 125,64% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 335,66, em 1991, para R\$ 459,97, em 2000, e para R\$ 757,39, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,38%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,56%, entre 1991 e 2000, e 5,11%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 26,97%, em 1991, para 20,47%, em 2000, e para 6,36%, em 2010 (PNUD, 2013, p. 01).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da cidade de Iporá é de 0,74 - índice considerado alto. Da população com 15 anos ou mais, 10,8% são analfabetos. Quanto ao Índice de Vulnerabilidade Social, a população de Iporá apresenta índice de 0,201 - o que é considerado baixo. Também é considerado baixo o Índice de Vulnerabilidade Juvenil, que é de 0,288 (COSTA; MARGUTI, 2015; IPORÁ, 2016).

No último relatório divulgado pelo IBGE (2008), a população de Iporá recebe água tratada, mas somente 22% da população recebe cobertura para esgotamento sanitário. A coleta de lixo atende a apenas 88,8% da população, sendo que 91% destas pessoas residem na área urbana do município.

5.3. Informações relativas aos sujeitos da pesquisa

A população residente na área urbana da cidade de Iporá está estimada em 29.318 habitantes, sendo que 48,9% são do gênero masculino e 51,1% do gênero feminino. Os idosos perfazem um total de 14,5% da população e as crianças somam 15% da população municipal (GOIÁS, 2012).

Considerando-se que a população urbana, segundo a mesma fonte, corresponde a 91% da totalidade, o universo da pesquisa foi de 29.318 habitantes.

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com informações do relatório dos ACS do mês de outubro de 2016, são atendidas e registradas um total de 10.001 famílias.

5.4. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

Foram adotados como critérios para inclusão do participante na pesquisa:

- Famílias que receberam visitas regulares de agentes comunitários de saúde, em número igual ou superior a 10 visitas nos últimos 12 meses;
- Ter mais de 18 anos, não necessitando ser o responsável pela família, mas dando-se preferência ao integrante que, normalmente, atende o ACS durante as visitas domiciliares.

Como critérios de exclusão¹ da pesquisa, foram utilizados:

- Possuir alguma deficiência mental ou não demonstrar ser responsável por seus atos;
- Ser Agente Comunitário de Saúde da região.

5.5. Seleção da amostra

Para a realização desta pesquisa, foi considerada uma população de 29.318 pessoas, o que corresponde a 91% da população total de Iporá, residente na área urbana da cidade.

¹ Basta o atendimento de um dos critérios para que ocorra a exclusão.

Para a definição da amostra da população a ser pesquisada, foi utilizada a equação 1, que, de acordo com Gesser (2016), é aplicada para definição do tamanho da amostra (n), quando se trabalha com populações finitas com proporção conhecida.

$$n = (N \cdot Z^2 \cdot p(1-p)) / (Z^2 \cdot p(1-p) + e^2) \cdot (N-1) \quad (1)$$

Sendo:

n = tamanho da amostra

N = população (29.318)

Z = Nível de Confiança de 95% expresso em Desvio-Padrão (1,96)

P = Proporção do evento na população (0,05, que corresponde a 50% ou 50/50)

e = erro amostral tolerável de 5% (0,05)

Efetuada os cálculos necessários, por intermédio da utilização de planilha Excel (Apêndice C), verificou-se que a amostra da população pesquisada deveria ser composta por 379 pessoas, as quais deveriam ser efetivamente usuárias do sistema Saúde da Família (SF), residentes na área urbana de Iporá e que receberam, no mínimo, 10 visitas domiciliares do ACS, durante o período compreendido entre outubro/2015 e setembro/2016.

Para selecionar as famílias que participaram do estudo, foi efetuado um levantamento sobre todas as famílias atendidas por cada um dos ACS, identificando as que tinham recebido pelo menos dez visitas no período entre outubro/2015 e setembro/2016. Esse levantamento foi feito pela pesquisadora com o auxílio do caderno de registro dos ACS.

Foram sorteadas oito famílias de cada microárea dos 50 ACS referência do estudo, totalizando 400 famílias a serem entrevistadas. Mesmo sendo um número maior do que o necessário, foi preciso estabelecer um número mínimo e igual para todas as microáreas, o que facilitou o sorteio das famílias e garantiu a igualdade de participação em cada microrárea. Assim, para cada um dos 50 ACS participantes, foram sorteadas, por meio da tabela de números aleatórios, oito famílias que atendiam aos critérios acima expostos, totalizando 400 famílias.

Após o sorteio das famílias, foram anotados os respectivos endereços e, por meio de um mapa da cidade de Iporá, identificaram-se todas as casas a serem visitadas.

5.6. Instrumento de coleta de dados

Para a realização da pesquisa foi elaborado um questionário (APÊNDICE A) com 23 questões estruturadas, permitindo respostas em cinco níveis com pontuações variando de 1 a 5, no qual o nível 1 correspondia a “concorda totalmente” e o nível 5 correspondia a discordância total com a afirmação. (COUTINHO, 2014, p. 33).

O questionário aplicado abordou as atribuições previstas para o ACS na PNAB, encontradas no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009c) e em outros documentos afins. Essas questões tinham como objetivo compreender o trabalho do ACS na família e verificar se o escopo de trabalho definido pela PNAB para os ACS estava sendo cumprido, além do estabelecimento de vínculo na percepção do usuário, uma vez que essas atribuições deveriam ser executadas pelo ACS durante a visita domiciliar.

A validade do construto do questionário foi realizada com o auxílio de enfermeiras que atuam na ESF. Em reunião da equipe, o questionário foi discutido com as mesmas e as considerações realizadas foram incorporadas ao instrumento de coleta de dados.

O estudo considerou quatro enfoques distintos para analisar as atividades desenvolvidas pelo ACS na visita domiciliar segundo a perspectiva do usuário no município de Iporá. O Quadro 1 relaciona cada enfoque às perguntas correspondentes:

Quadro 1 - Sistematização do questionário aplicado agrupado por enfoque.
Iporá, Goiás. 2016

ENFOQUE	PERGUNTAS
1) O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na comunidade	1, 2, 4, 5, 18, 22
2) O vínculo da população atendida com o Agente Comunitário de Saúde	3, 6, 23
3) A satisfação da comunidade com relação ao cumprimento das atribuições do Agente Comunitário de Saúde	7, 8, 9, 13, 14, 15, 17, 19, 20
4) A identificação das necessidades de intervenção de cuidado e continuidade de tratamento	10, 11, 12, 16, 21

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

5.7. Coleta dos dados

Os dados foram coletados por quatro pesquisadores, sendo três estudantes de curso técnico em enfermagem e a autora deste trabalho. Foi realizada uma calibração dos mesmos para a coleta dos dados. Esta calibração foi realizada discutindo-se os temas: objetivos da pesquisa, histórico do ACS, o questionário da pesquisa e suas questões, além das atribuições dos ACS. Posteriormente, os pesquisadores foram a campo e, após a realização de cinco entrevistas cada, a equipe voltou a se reunir para discussão de possíveis dúvidas. Os questionários respondidos durante a calibração fizeram parte da amostra.

O período para coleta dos dados compreendeu o período entre os dias 07 a 21 de outubro de 2016, sendo realizadas cerca de quinze visitas ao dia. A duração de cada entrevista foi de 20 e 35 minutos.

Durante a realização da pesquisa de campo, foram entrevistadas 400 pessoas (cada indivíduo integrante de uma família distinta), tendo sido verificada a ausência de pessoas em nove residências. Após três tentativas de realizar a entrevista, em dias e

horários diferentes, estas famílias foram substituídas pela família da casa à direita, sendo este um critério pré-estabelecido para facilitar a busca por essas famílias.

No momento do contato com o usuário, este recebeu explicação sobre o objetivo da pesquisa e foi solicitada sua colaboração, ressaltando-se o caráter da participação voluntária e o não prejuízo caso houvesse recusa, esclarecendo, ainda, todas as possíveis dúvidas quanto ao trabalho realizado.

A partir da aceitação do usuário em participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era lido e, posteriormente, era solicitada a assinatura do mesmo pelo usuário, que recebia uma cópia assinada pela pesquisadora. Em seguida eram feitas as perguntas para o entrevistado, sendo que o questionário da pesquisa estava previamente rubricado pela pesquisadora.

5.8. Análise dos dados

A primeira parte do questionário constituiu-se de perguntas relativas ao perfil do entrevistado e da família atendida pelo sistema de saúde, sobre o local onde, normalmente, ocorre o atendimento do ACS. Os dados foram, então, submetidos a tratamento estatístico.

Os dados obtidos pela pesquisa foram digitados em banco de dados eletrônico (planilha Microsoft Excel) e inseridos no *software* estatístico SPSS (IBM), versão 22. Também foi utilizado o Microsoft Excel para a realização do teste de confiabilidade do questionário (Teste de Alfa de Cronbach).

O teste Alfa de Cronbach foi selecionado por se tratar de ferramenta estatística que quantifica, numa escala de 0 a 1, a confiabilidade de um questionário, sendo que o valor mínimo aceitável é de 0,70. Um questionário deve ser elaborado para que se reproduza de forma confiável a realidade. A proposta de utilização do coeficiente Alfa de Cronbach é expressar, por meio de um fator, o grau de confiabilidade das respostas decorrentes de um questionário (ALMEIDA et al., 2010).

Também foram realizados testes de associação, o teste t-*Student* e Qui-quadrado, buscando identificar associação entre as opiniões e as características dos indivíduos pesquisados. Utilizou-se 5% como nível de significância.

5.8.1. Análise de confiabilidade do questionário

O Alfa de Cronbach foi calculado com base nas respostas de 40 entrevistados, com o objetivo de verificar a Confiabilidade do Questionário, através do cálculo do índice de consistência interna da pesquisa, que ficou em 0,83 (alta consistência), conforme Apêndice D.

Em questionários de 5 pontos, conforme foi utilizado nesta pesquisa, Vieira e Dalmoro (2008) afirmam que o resultado mínimo para o Alfa de Cronbach, para considerar confiável as respostas do questionário, deve ser a partir de 0,77.

5.8.2. Análise estatística dos resultados da pesquisa

A análise estatística dos dados da pesquisa possibilitou conhecer frequências e percentagens de respostas para cada variável, além da construção de tabelas de referências cruzadas, para algumas variáveis de interesse, com a finalidade de se conhecer a relação entre determinadas respostas.

As variáveis analisadas foram:

- a) **Perfil do usuário do serviço de saúde:** foram identificadas as variáveis gênero, idade (faixa etária), menores e total de pessoas do núcleo familiar;
- b) **Bloco 01** - O trabalho do ACS na comunidade durante a visita domiciliar: foram identificadas as variáveis de satisfação do usuário em relação: à visita periódica do ACS; à preparação do ACS para realização da visita domiciliar; ao tempo dedicado à família em cada visita domiciliar; à aptidão do ACS para a orientação

das famílias com pessoas com deficiência e a se o usuário considera que o trabalho do ACS pode melhorar;

- c) **Bloco 02** – O vínculo da população atendida com o ACS: foram identificadas as variáveis: a confiança em relação ao ACS; se, no caso de problema de saúde na família, procura-se o ACS; e se o participante considera importante a visita do ACS à sua casa;
- d) **Bloco 03** – Satisfação com relação ao cumprimento das atribuições do ACS: foram identificadas as variáveis: acompanha casos de pessoas da família que ficaram doentes; conhece a família, em relação às condições de saúde de seus membros; realiza visitas sobre orientação em relação à alimentação; confere se a família que recebe o Bolsa Família mantém seus filhos frequentando a escola; preocupa-se em verificar se os adolescentes têm problemas com drogas ou sexo; preocupa-se em saber sobre possíveis transtornos alimentares; tem preocupação com vício entre os membros da família; mantém-se atento para detectar violência doméstica; faz vistoria para detectar possíveis criadouros do mosquito da dengue;
- e) **Bloco 04** – Capacidade do ACS de identificar as necessidades de intervenção de cuidados e continuidade de tratamento das famílias sob sua jurisdição. Foram identificadas as variáveis: as orientações do ACS em relação aos serviços da UBS; o ACS em relação ao conhecimento sobre os problemas da família e suas necessidades; satisfação com o ACS por entender que ele conhece os problemas de saúde da família e busca uma solução; satisfação com o ACS em relação à preocupação com a saúde e higiene bucal da família; satisfação com o ACS em relação à verificação de uso de medicamentos de uso contínuo.

5.9. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa deste estudo obedeceu à Resolução n.º 406/2012, do Conselho

Nacional de Saúde (CNS), relativa à pesquisa em seres humanos, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG), conforme parecer n. 1.702.580 (Anexo A), e tendo aval da Secretária Municipal de Saúde de Iporá (ANEXO B).

Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), através do qual ficaram cientes quanto aos objetivos da pesquisa e sobre a condição de confidencialidade da mesma. O TCLE (Apêndice B), para fins de apreciação ética, foi registrado sob o número do Parecer: 1702580.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo foram apresentados em duas etapas. Na primeira delas, discorreu-se sobre o perfil dos usuários do sistema de saúde do município pesquisado. Na segunda etapa, foram apresentados os resultados em quatro blocos, que estão demonstrados a seguir.

O primeiro bloco de questões, denominado “o trabalho do ACS na comunidade durante a visita domiciliar”, buscou compreender o trabalho do ACS junto à comunidade em que está inserido. Foram investigadas questões relacionadas à visita domiciliar (VD), à satisfação do usuário em relação à VD, à preparação do ACS para essa visita, ao tempo de dedicação à família e sua aptidão para a orientação de famílias com pessoas com deficiência.

O segundo bloco, chamado de “o vínculo do ACS com a população atendida”, buscou identificar se a população considera que foi construído vínculo com o ACS. As questões abordadas tratam da existência de confiança nessa relação, se a população busca o ACS em casos de doença na família e se considera importante a visita domiciliar do ACS.

O terceiro bloco, denominado de “satisfação com relação ao cumprimento das atribuições do ACS”, propôs verificar a satisfação da família com a visita domiciliar e se o escopo do trabalho desse profissional está sendo cumprido. As questões pesquisadas tratam: a satisfação dos usuários em relação ao trabalho do ACS, envolvendo o acompanhamento nos casos de pessoas da família que ficaram doentes, o conhecimento sobre a família e sobre as condições de saúde de seus membros, a realização de visitas sobre orientação em relação à alimentação, a conferência se a família que recebe “Bolsa Família” mantém seus filhos frequentando a escola, a preocupação em verificar se os adolescentes têm problemas com drogas ou sexo, a preocupação em saber sobre possíveis transtornos alimentares e/ou vício entre os membros da família, a detecção de violência doméstica, a vistoria para detectar possíveis criadouros do mosquito da dengue.

O quarto e último bloco, chamado de “identificação das necessidades de intervenção

de cuidado e continuação de tratamento”, buscou identificar as necessidades de intervenção de cuidados e continuidade de tratamento das famílias sob a jurisdição do ACS. Foram analisadas as variáveis: as orientações do ACS em relação aos serviços da UBS, o ACS em relação ao conhecimento sobre os problemas da família e suas necessidades, o conhecimento do ACS sobre os problemas de saúde da família e busca de solução, a preocupação do ACS com a saúde e higiene bucal da família e a verificação pelo ACS do uso contínuo de medicamentos.

6.1. Perfil dos usuários pesquisados

Os usuários do sistema de saúde foram considerados como sendo todos os indivíduos residentes no endereço pesquisado. Já o respondente do estudo, ou seja, o indivíduo efetivamente entrevistado para realização desta pesquisa e que participa do núcleo familiar, foi caracterizado a partir das seguintes variáveis: gênero, faixa etária, presença de indivíduos menores na família e total de pessoas que compõem o núcleo familiar. Os resultados alcançados com as variáveis gênero e faixa etária estão demonstrados na Tabela 1.

Entre os respondentes, 336 indivíduos (84,0%) são do gênero feminino, sendo que este gênero é prevalente em todas as faixas etárias, com ligeiro destaque para a idade entre 55 e 69 anos. Apenas 16,0% dos entrevistados são do gênero masculino. Além disso, 46,7% dos entrevistados têm 60 anos ou mais de idade.

A maior presença feminina na população brasileira é explicada pelo IBGE (2016b), que aponta uma tendência (mantida ao longo das décadas) de que há mais mulheres que homens no país. Segundo o Instituto, desde 1980, quando começou a haver amostras populacionais, a razão entre os sexos² se mantém favorável ao gênero feminino. Em 2010, para cada grupo de 100 mulheres havia um grupo de 95,95 homens.

² Razão de sexo é o termo utilizado para expressar o número de pessoas do sexo masculino para cada grupo de 100 pessoas do sexo feminino. É obtida através do quociente entre as populações masculina e feminina por grupos de idade.

Tabela 1 - Distribuição da frequência dos respondentes da pesquisa por gênero e faixas etárias. Iporá-GO, 2016.

Faixa etária (em anos)	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
20 – 24	15	-	15	3,8
25 – 29	11	-	11	2,8
30 – 34	26	5	31	7,8
35 – 39	20	1	21	5,3
40 – 44	29	8	37	9,3
45 – 49	25	5	30	7,5
50 – 54	20	4	24	6,0
55 – 59	43	2	45	11,3
60 – 64	53	14	67	16,8
65 – 69	34	2	36	9,0
70 – 74	22	14	36	9,0
75 – 79	18	5	23	5,8
80 – 84	12	1	13	3,3
85 – 89	5	1	6	1,5
90 – 94	3	2	5	1,3
Total	336	64	400	100,0

Fonte: Resultados da pesquisa.

A pesquisa de Becker e Oliveira (2012) sobre a satisfação dos usuários do sistema de saúde com o atendimento dos ACS no município de Cachoeira/Ba, também, identificou que a grande maioria dos indivíduos que recebem as visitas dos ACS nas residências é de mulheres (74,6%), resultado que é próximo ao que foi encontrado neste estudo em Iporá.

Esse resultado de maior presença feminina entre os indivíduos que recebem a VD está de acordo com o encontrado na maioria dos estudos que tratam de serviços de saúde, em que a população feminina é predominante no atendimento (GOMES et al., 2007; FIOCRUZ, 2010; BECKER; OLIVEIRA, 2012).

Segundo Guedes e Daros (2009), ao longo do desenvolvimento da sociedade, as mulheres, mesmo as que exercem atividade profissional, acabam assumindo a responsabilidade pelo cuidado de seus familiares, estejam eles no início da vida, sendo crianças ou adolescentes, ou em virtude de processos de adoecimento e/ou envelhecimento. Dessa forma, é comum serem elas quem recebem as visitas de agentes de saúde em suas residências, conforme encontrado nesta pesquisa.

Esse aspecto cultural, de acordo com Vieira et al. (2011), em que as mulheres cuidam de seus familiares está ainda mais presente em famílias monoparentais, mulheres divorciadas ou viúvas. Por isso, essas mulheres permanecem mais tempo em casa e representam maior grupo em pesquisas realizadas em domicílios, como o presente estudo.

A faixa etária prevalente nesta pesquisa foi a de mulheres com idade entre 55 a 69 anos. Também se observou que em todas as faixas etárias há mais mulheres que homens, principalmente entre idosos, o que pode ser explicada pelo fenômeno de que mulheres vivem mais do que os homens.

Segundo Annam (2002), existe um fenômeno mundial em desenvolvimento, que é o da feminização da população idosa. Tem-se observado que em todos os países as mulheres estão vivendo mais do que os homens. Na medida em que os indivíduos envelhecem, essa diferença se acentua cada vez mais, havendo mais mulheres idosas que homens idosos.

Realizou-se o cruzamento de dados entre o número de pessoas residentes no domicílio pesquisado e o número total de pessoas na amostra pesquisada, permitindo ter uma visão dos diversos núcleos familiares (TABELA 2).

Tabela 2 - Distribuição da frequência do número de pessoas nas famílias por residência e total de pessoas nas residências entrevistadas. Iporá-GO, 2016.

Nº de pessoas por residência	n	%	Total de pessoas
1	52	13,0	52
2	144	36,0	288
3	75	18,8	225
4	80	20,0	320
5	29	7,3	145
6	17	4,3	102
7	2	0,5	14
8	1	0,3	8
Total	400	100,0	1.154

Fonte: Resultados da pesquisa.

Nas 400 residências pesquisadas, existe um total de 1.154 pessoas, sendo que em 74,8% delas há entre duas e quatro pessoas, e 13,0% das residências têm somente uma pessoa.

Fez-se, ainda, a identificação do número de menores por residência (TABELA 3).

Tabela 3 - Distribuição da frequência de menores por residência. Iporá-GO, 2016.

Menores por residência (n)	Residências (n)	%	Total de menores	%
0	261	65,3	-	-
1	70	17,5	70	30,0
2	50	12,5	100	42,9
3	14	3,4	42	18,0
4	4	1,0	16	6,9
5	1	0,3	5	2,2
Total	400	100,0	233	100,00

Fonte: Resultados da pesquisa.

Em 65,3% das residências pesquisadas não há dependentes menores de 18 anos. Entre as residências com menores de idade, foram identificados 233 indivíduos com menos de 18 anos.

Comparando-se o número total de pessoas nas residências selecionadas para o estudo (1.154) com o número total de menores de idade (233), apreende-se que a percentagem de menores de 18 anos em relação ao número total de residentes nas casas pesquisadas é de 20,2%.

Segundo dados do IBGE, referentes ao último Censo, realizado em 2010, está havendo uma inversão da pirâmide populacional brasileira. O país ainda é considerado jovem, mas seu número de jovens vem caindo a cada ano. No Censo em questão, apurou-se que a população menor de idade no país é de cerca de 33% de todos os habitantes (IBGE, 2013). Os resultados de Iporá mostram que a população jovem naquele município (20,2%) é menor do que a média nacional (33,0%). Esse resultado demonstra maior envelhecimento da população estudada, fato este que se refletirá sobre as necessidades de assistência em saúde nos próximos anos, sejam na APS ou em níveis secundário ou terciário.

6.2. O trabalho do ACS durante a visita domiciliar

Esse primeiro bloco buscou compreender o trabalho do ACS durante a visita domiciliar, sendo esta a principal atividade desenvolvida por esse profissional. A discussão aconteceu a partir do escopo de atividades previstas na PNAB, que são exclusivas e obrigatórias para o ACS.

Para identificar as variáveis necessárias, os usuários foram perguntados sobre: a visita periódica do ACS à sua residência (QUESTÃO 01); a preparação do ACS para realização da visita domiciliar (QUESTÃO 02); o número de visitas realizadas pelo ACS (QUESTÃO 04); o tempo dedicado à família em cada visita domiciliar (QUESTÃO 05); a aptidão do ACS para orientar as famílias com pessoas com deficiência (QUESTÃO 18) e se o usuário considera que o trabalho do ACS pode melhorar

(QUESTÃO 22).

A análise conjunta dessas variáveis permitiu a interpretação mais contextualizada dos fatos pesquisados e os eventuais pontos que precisam ser melhorados na prestação de serviços do ACS, conforme gráficos a seguir.

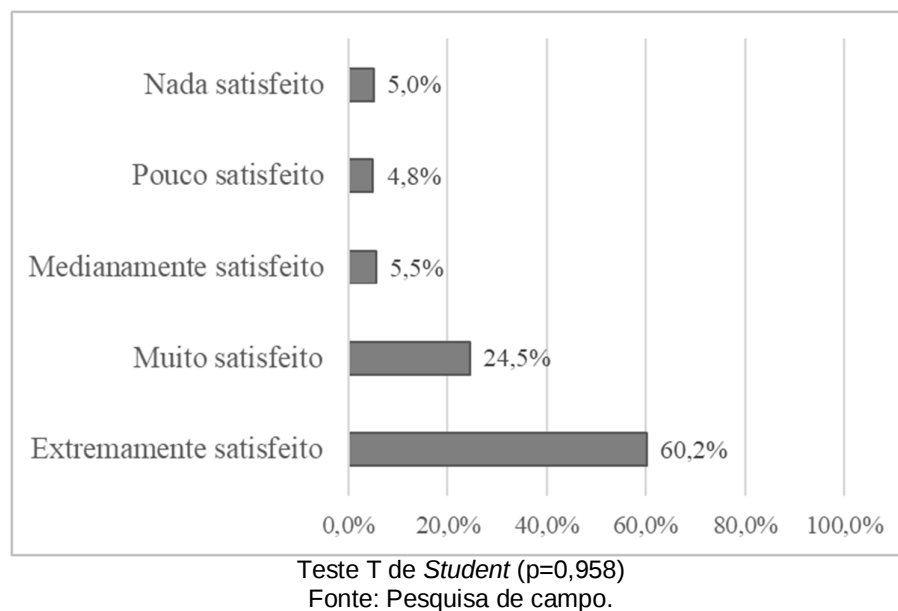
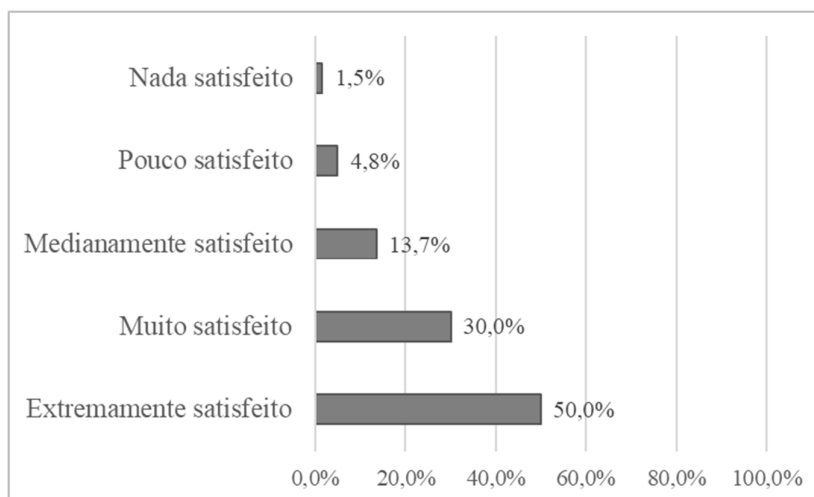


Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por satisfação com a Visita Domiciliar do Agente Comunitário de Saúde(Questão 01). Iporá-Goiás, 2016.

Em relação à VD do ACS (QUESTÃO 01), 84,7% dos participantes declararam estar extremamente ou muito satisfeitos (GRÁFICO 1). O teste T de *Student* ($p=0,958$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Becker e Oliveira (2012) também realizaram pesquisa em relação à satisfação da população com a VD praticada pelo ACS. Apuraram que 39,1% da população entrevistada apontou que está muito satisfeita com a VD recebida. Esse resultado é bem inferior ao que foi encontrado neste estudo, apontando que a população de Iporá está mais satisfeita com a VD.

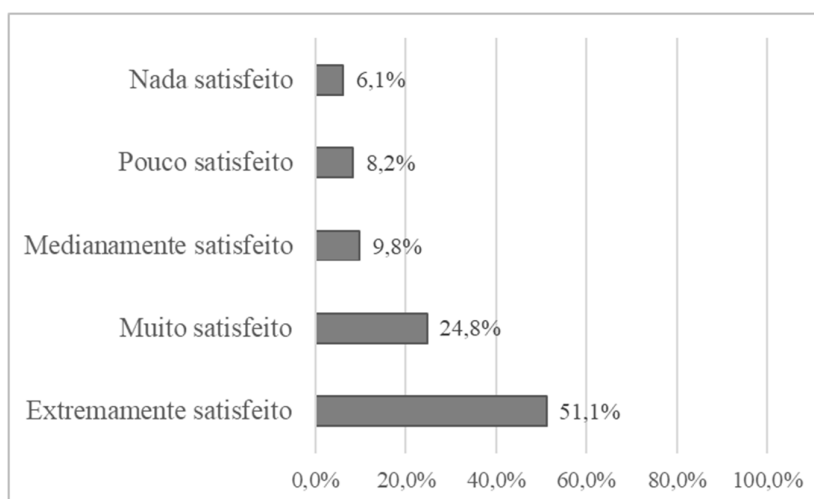


Teste T de *Student* ($p=0,456$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por satisfação em relação ao preparo do Agente Comunitário de Saúde para a realização da Visita Domiciliar (Questão 02). Iporá-Goiás, 2016.

A satisfação dos usuários, também, ficou demonstrada em relação ao preparo do ACS para o desempenho de suas atribuições (QUESTÃO 02), uma vez que 80,0% declararam estar extremamente ou muito satisfeitos (GRÁFICO 2). O teste T de *Student* ($p=0,456$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.



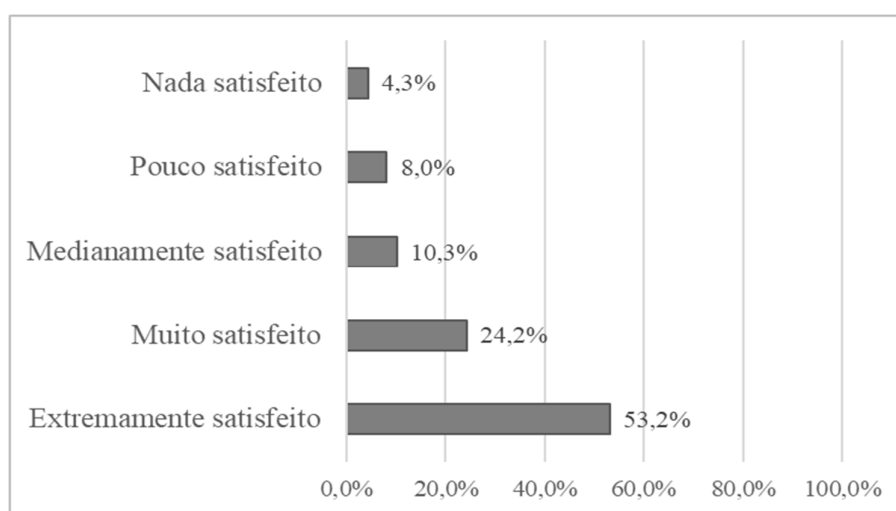
Teste T de *Student* ($p=0,426$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por satisfação em relação ao número de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (Questão 04). Iporá-Goiás, 2016.

Em relação ao número de visitas (QUESTÃO 04), 75,9% declararam estar extremamente satisfeitos (GRÁFICO 3). O teste T de *Student* ($p=0,426$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Novamente, Becker e Oliveira (2012) identificaram que 92% dos entrevistados do município de Cachoeira/Bahia acreditam que a VD realizada pelo ACS é muito importante. Entretanto, ao mesmo tempo em que quase toda a população de Cachoeira considera que a VD é importante, 79,7% consideram que o número de visitas é insuficiente para as demandas da população. Assim, pode-se observar que, em relação à quantidade de visitas realizadas, os dois estudos apresentam resultados bem diferentes, uma vez que em Cachoeira 20,3% da população está satisfeita em comparação com 75,9% de satisfação da população de Iporá.



Teste T de *Student* ($p=0,894$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por satisfação em relação ao tempo dedicado à Visita Domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (Questão 05). Iporá-Goiás, 2016.

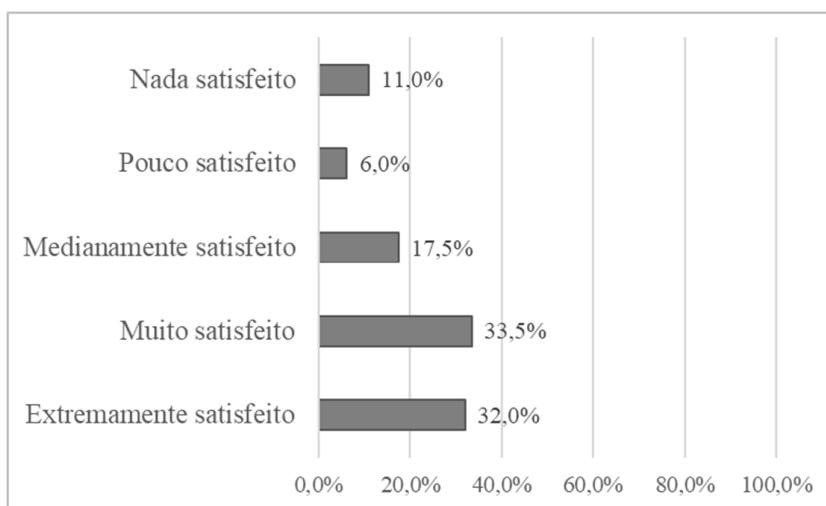
Em relação ao tempo dispensado pelo ACS em cada visita domiciliar (QUESTÃO 05), 77,4% declararam estar muito satisfeito (GRÁFICO 4). O teste T de *Student* ($p=0,894$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Cotta et al. (2005) apontam que o tempo de atendimento ao usuário varia entre os

diversos profissionais e conforme a população atendida, o que leva em consideração variáveis como cultura, nível de instrução e a localidade. De maneira geral, evidenciaram que o tempo em si não costuma ser condição que impacta na satisfação do usuário, desde que haja resolutividade para a população. Assim, eles evidenciaram que a satisfação com o tempo da VD está ligada à resolutividade e apontaram que, na população estudada em Teixeira/Minas Gerais, 97,8% da população mostrou-se satisfeita com a atenção recebida do ACS, percentual extremamente alto, uma vez que quase toda a população pesquisada demonstrou satisfação.

Barbosa et al. (2016) evidenciaram, em Campos Gerais/MG, que a VD costuma durar cerca de 5 minutos, ocorrendo uma vez ao mês, tempo este considerado pequeno para atender às demandas que a VD mensal exige. Os usuários consideraram que a visita não interfere no cotidiano, e 77% declararam que a VD atende parcialmente às suas expectativas. Os resultados apontaram, ainda, que 90% dos entrevistados gostariam que o ACS visitasse a sua residência com maior frequência.

No estudo em Iporá, não foi possível mensurar a duração da VD, não sendo possível, assim, estabelecer uma correlação entre a satisfação da população e a duração da visita. Os resultados aqui alcançados mostraram-se similares aos de Barbosa et al. (2016) e inferiores aos de Cotta et al. (2005).



Teste T de *Student* ($p=0,364$)

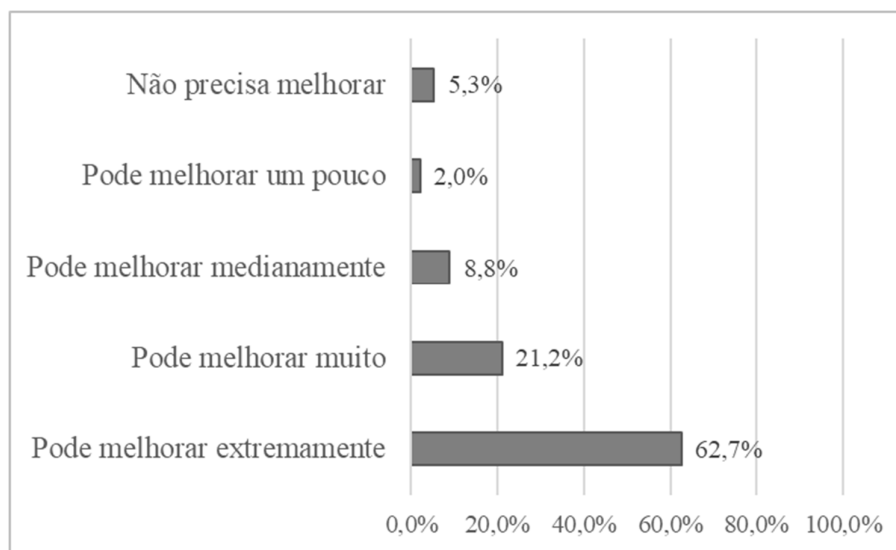
Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 5 - Distribuição dos participantes por satisfação em relação à aptidão do Agente Comunitário de Saúde para orientar as famílias com portadores de deficiência (Questão 18). Iporá-Goiás, 2016.

Já em relação à aptidão do ACS para orientar famílias com pessoas com deficiência (QUESTÃO 18), demonstrou-se que 34,5% declararam que o ACS tem mediana, pouca e nenhuma aptidão para tal atividade, sendo, dentro do bloco 01, o quesito que apresentou o menor índice de satisfação entre os usuários entrevistados (GRÁFICO 5).

O teste T de *Student* ($p=0,364$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Pitassi (2015), em uma pesquisa qualitativa junto a ACS do município de Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, evidenciou que os próprios ACS não se sentem capacitados para realizar as orientações necessárias para as famílias com pessoas com deficiência. Os entrevistados declararam que se sentem seguros apenas para repassar informações de menor complexidade, mesmo que tenham recebido treinamento para tal atividade. Orientações de maior complexidade são delegadas a outros profissionais da ESF.



Teste T de *Student* ($p=0,792$)
 Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 6 - Distribuição dos participantes em relação à possibilidade de melhorias no trabalho do Agente Comunitário de Saúde durante as Visitas Domiciliares (Questão 22). Iporá-Goiás, 2016.

O teste T de *Student* ($p=0,792$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Apesar de satisfeita com o trabalho do ACS durante a VD, conforme demonstrado na maioria das questões do bloco 01 (GRÁFICOS 1 ao 5), 83,9% dos usuários declararam acreditar que o trabalho do ACS pode melhorar muito ou extremamente (QUESTÃO 22 / GRÁFICO 06). Apesar desse apontamento, a pesquisa não conseguiu evidenciar os aspectos específicos que precisam ser melhorados em relação à VD.

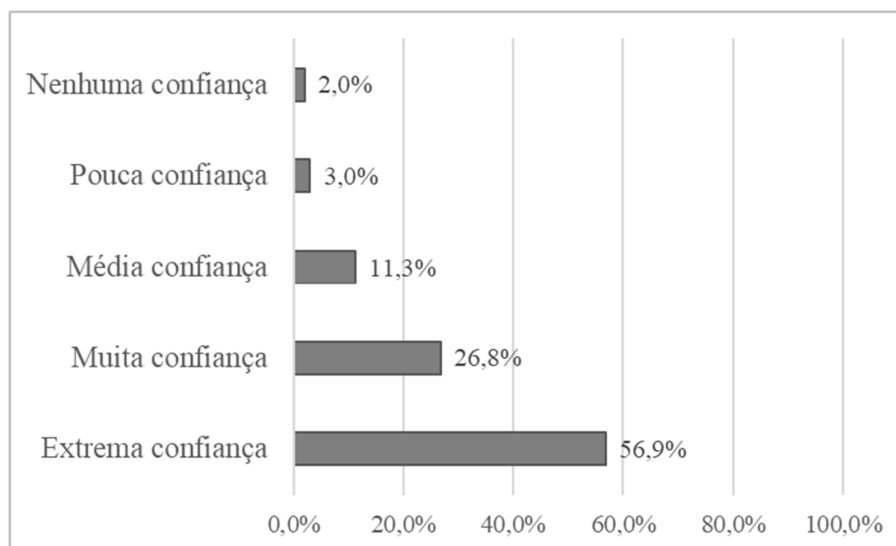
Não foram encontrados estudos quantitativos que abordassem em seu conteúdo percentual da população que acredita que o trabalho do ACS deva melhorar. Os estudos de abordagem qualitativa, como Jesus et al. (2014), sinalizam que significativa parcela da população desconhece quais são as reais atribuições do ACS durante a VD, fator que a impede de apontar quais as reais necessidades de mudanças, podendo resultar em insatisfação.

Conclui-se, quanto ao trabalho do ACS durante a VD, que as famílias estão satisfeitas com a VD e a preparação do ACS para sua realização. O número de visitas e o tempo dedicado a cada uma delas também foi avaliado positivamente. Apenas o aspecto relacionado às orientações para famílias com pessoas com deficiência foi avaliado de forma a compreender que os respondentes nesse quesito não estão tão satisfeitos quanto aos outros aspectos.

6.3. O vínculo do ACS com a população atendida

O segundo bloco de questões discutiu o vínculo da população com o ACS. Esse vínculo foi analisado a partir dos conceitos da PNAB/2012, que visa ao estabelecimento de uma relação de cuidados e confiança, no qual o profissional conhece a família, suas necessidades e fixa uma relação mútua, em que o próprio usuário assume, também, a responsabilidade por sua saúde (BRASIL, 2012c).

Para essa identificação, os usuários foram perguntados sobre a confiança em relação ao ACS (QUESTÃO 03); se, no caso de problema de saúde na família, procura-se o ACS (QUESTÃO 06) e se o participante considera importante a visita do ACS à sua casa (QUESTÃO 23).



Teste T de *Student* ($p=0,599$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 7 - Distribuição dos participantes em relação à confiança no Agente Comunitário de Saúde durante as Visitas Domiciliares (Questão 03). Iporá-Goiás, 2016.

Em relação à confiança (QUESTÃO 03), 83,7% dos participantes declararam que confiam muito no ACS que visita sua residência (GRÁFICO 7). O teste T de *Student* ($p=0,599$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Becker e Oliveira (2012) identificaram que 73,5% da população estudada naquela pesquisa confiam no ACS enquanto profissional e enquanto pessoa para entrar em sua residência. Esse resultado é um pouco mais baixo que o índice de confiança encontrado junto à população de Iporá, mas, ainda assim, reflete confiança em relação ao ACS.

É importante destacar que a confiança em relação ao trabalho do ACS é elemento

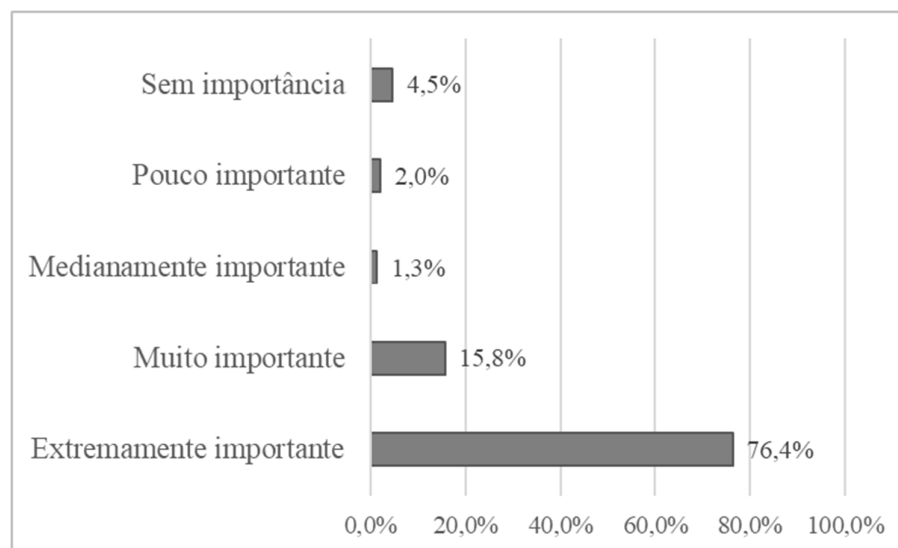
importante na construção do vínculo entre as partes.

Machado et al. (2012) afirmam que a vinculação positiva entre os usuários dos serviços de saúde com os profissionais é extremamente favorável, tanto para a prestação do serviço quanto para maior eficácia das ações de saúde. Isso porque, ao estabelecer uma relação positiva, existe maior tendência do usuário em adotar as práticas de cuidados necessárias, maior atenção no recebimento das informações relevantes ou apreensão das informações prestadas. Assim, a construção do vínculo é favorecida pela confiança entre as partes.

A criação da relação de confiança e do vínculo contribuem para o cumprimento das atividades que são estabelecidas para o ACS na PNAB. A interação com o usuário é essencial para que essas ações alcancem os resultados esperados em relação à APS e para o reconhecimento das necessidades da família. Ao confiar no ACS, aumenta-se a probabilidade de realização das atividades previstas, do cuidado com a saúde e do acompanhamento em outros níveis da assistência quando necessário.

A satisfação com o ACS é ponto importante para que o usuário crie vínculo com a equipe de saúde e sinta-se confiante.

De acordo com Brand et al. (2010), o ACS emerge do território em que atende e, portanto, convive com a realidade local, interage com valores, linguagem e problemas daquela população. Estabelecer uma relação satisfatória com os usuários contribui para estabelecer melhor intercâmbio entre a população assistida e a equipe de saúde. A existência da satisfação na relação é importante, ainda segundo os autores, para que as orientações promovam os efeitos desejados, contribuindo para mudar os hábitos, promover adesão ao tratamento ou, ainda, promover o encaminhamento aos serviços adequados.



Teste T de *Student* ($p=0,326$)
 Fonte: Pesquisa de campo.

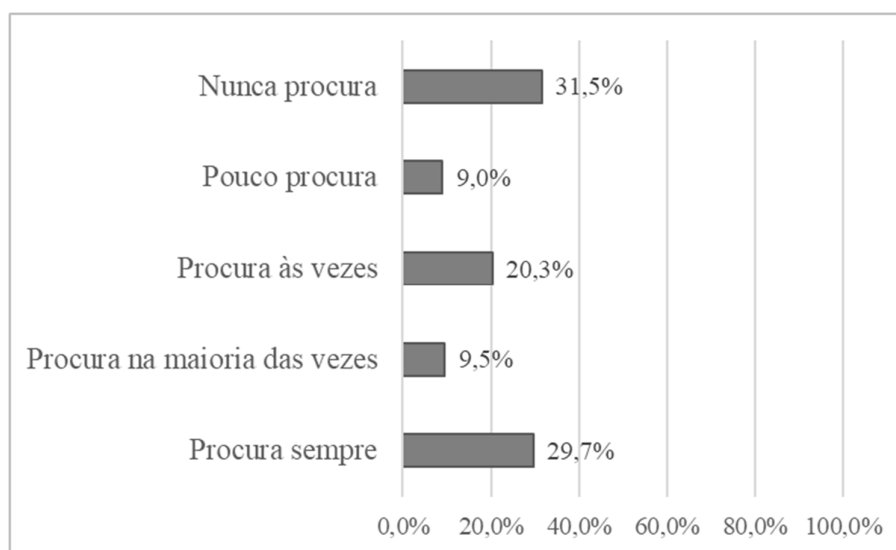
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes em relação à importância da Visita Domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (Questão 23). Iporá-Goiás, 2016.

Verificou-se que os entrevistados, em maioria expressiva (92,2%), veem como extremamente ou muito importante a VD do ACS (QUESTÃO 23), conforme Gráfico 8. O teste T de *Student* ($p=0,326$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Fadel et al. (2011) identificaram grande nível de satisfação dos usuários dos serviços de saúde com a visita dos ACS, na cidade de Cuiabá/Mato Grosso. O nível de satisfação com a VD foi elevado em todas as classes sociais, variando de 71,4%, para as classes sociais mais altas a 95,2%, nas classes sociais mais baixas. A pesquisa de Iporá não permitiu a segmentação dos usuários por classe social, mas apresentou resultados semelhantes ao nível de satisfação da população das classes sociais mais baixas de Cuiabá/Mato Grosso, as classes D e E.

Trad et al. (2002), que desenvolveram pesquisa similar em cinco municípios do estado da Bahia a partir da discussão de grupos focais complementadas por entrevistas, concluíram que aqueles usuários demonstraram alto grau de satisfação em relação à dimensão relacional e de vínculo com a equipe da ESF, considerando os atributos

respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida e gentileza por parte dos profissionais da equipe. Os profissionais, que mais receberam destaque em relação à satisfação daqueles usuários, foram os ACS, sempre lembrados como o primeiro contato entre a família e a equipe da ESF. O ACS foi identificado como alguém que promove a intermediação dos laços entre a população e a equipe de saúde. São valorizados porque dispõem de trânsito e informações, tornando o processo de cuidado à saúde menos difícil (TRAD et al., 2002).



Teste T de *Student* ($p=0,243$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 9 - Distribuição dos participantes em relação à procura pelo Agente Comunitário de Saúde em casos de doença na família (Questão 06). Iporá-Goiás, 2016.

O ponto controverso desse enfoque ficou por conta dos usuários quando questionados se esses procuram o ACS no caso de algum membro da família estar doente (GRÁFICO 9). Apesar da confiança no profissional e na percepção de importância da VD, 31,5% dos respondentes declararam que nunca procuram o ACS nesses casos. Em contrapartida, 39,2% dos entrevistados afirmaram procurar sempre ou na maioria das vezes o ACS no caso de doença na família (GRÁFICO 9).

O teste T de *Student* ($p=0,243$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Zuchinalli (2008) descobriu, em sua pesquisa realizada no município de Içara, em Santa Catarina, que 55,5% dos entrevistados procuram o médico da UBS quando alguém da família adoece, 22% procuram primeiramente o pronto-atendimento e 7,5% procuram o médico particular ou convênio. Nenhum dos entrevistados relatou procurar primeiro o ACS, evidenciando que esse profissional é pouco lembrado quando ocorre agravo à saúde. Esses resultados são diferentes dos índices dessa pesquisa, já que uma parcela da população aqui estudada alegou que procura o ACS primeiro.

Em sintonia com Zuchinalli (2008), Oliveira et al. (2003), em Anastácio/Mato Grosso do Sul, identificaram que 76% dos usuários do SUS, ao se depararem com alguém doente na família, dirigiam-se diretamente à unidade de saúde. Somente 2% daqueles entrevistados disseram que procuravam o ACS. Assim, o presente estudo também difere dessa pesquisa.

Observa-se que os estudos mostram existir uma preferência da família em procurar diretamente a unidade de saúde e o médico quando alguém está doente.

Silva et al. (2012) buscaram uma explicação para esse fenômeno. Segundo esses autores, o ACS é elemento da equipe de saúde próximo à população, cujo enfoque é reorganizar a assistência à saúde. Entretanto, existem condições complexas que fazem parte da relação ACS/usuários, como o grau de autonomia desse profissional, seu conhecimento, a preparação para realização do seu trabalho, a divisão técnica do trabalho dentro da ESF e, ainda, a legitimidade social que o médico possui frente à população.

Santos (2011) agrega uma reflexão a respeito da visão da saúde e do processo de saúde/doença no Brasil. O modelo brasileiro ainda está bastante centrado no atendimento hospitalar, inclusive por comportamento cultural, onde se acredita que o tratamento é aquele que envolve fármacos, exames e consultas médicas. O foco é reduzido e não abrange a saúde integral, mas considera o médico como profissional central dessa assistência. Dessa forma, num momento de doença, o ACS não seria o profissional lembrado para prestar assistência, conforme demonstrado neste estudo e nas demais pesquisas encontradas.

Também buscou-se identificar quais são os grupos que menos ou nunca procuram o ACS em caso de doença na família (TABELA 4):

Tabela 4 - Relação entre frequência de procura pelo Agente Comunitário de Saúde em caso de doença na família por gênero do entrevistado - Iporá – Goiás. 2016.

		PROCURA PELO ACS EM CASO DE DOENÇA					
FAIXA ETÁRIA		SEMPRE	MUITO	+/-	POUCO	NADA	TOTAL
FEMININO	18 a 29 anos	4,1%	10,3%	8,3%	6,9%	10,1%	4,1%
	30 a 39 anos	14,4%	6,9%	15,3%	3,6%	16,5%	14,4%
	40 a 49 anos	22,7%	20,7%	6,8%	24,1%	12,8%	22,7%
	50 a 59 anos	13,4%	27,7%	23,5%	13,9%	19,3%	13,4%
	60 a 69 anos	30,9%	10,3%	20,7%	20,8%	30,2%	30,9%
	70 a 79 anos	12,5%	0,0%	12,4%	27,7%	10,1%	12,5%
	acima 80 anos	2,0%	24,0%	13,0%	3,0%	1,0%	2,0%
	TOTAL (N)	97	29	72	29	109	97
	TOTAL (%)	28,87%	8,63%	21,43%	8,63%	32,44%	28,87%
		PROCURA PELO ACS EM CASO DE DOENÇA					
FAIXA ETÁRIA		SEMPRE	MUITO	+/-	POUCO	NADA	TOTAL
MASCULINO	18 a 29 anos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	--
	30 a 39 anos	0,0%	0,0%	33,4%	0,0%	17,7%	--
	40 a 49 anos	18,2%	11,1%	11,1%	57,1%	17,7%	--
	50 a 59 anos	18,2%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	--
	60 a 69 anos	27,3%	11,1%	0,0%	14,3%	47,1%	--
	70 a 79 anos	27,3%	55,6%	44,4%	28,6%	11,8%	--
	acima 80 anos	9,1%	0,0%	11,1%	0,0%	5,9%	--
	TOTAL (N)	22	9	9	7	17	64
	TOTAL (%)	34,38%	14,06%	14,06%	10,94%	26,56%	100,00%

Fonte: Pesquisa de campo.

A análise da Tabela 4 permite evidenciar que a faixa etária feminina que menos procura o ACS no caso de doença na família é entre 60 e 69 anos, sendo que 20,8%

dessas mulheres pouco procuram e 30,2% nunca procuram.

Já em relação aos homens, a faixa etária que menos procura o ACS em casos de doença na família é entre 40 e 49 anos, sendo que 57,1% desses indivíduos pouco procuram e 17,7% nunca procuram.

O cuidado com essa análise torna-se importante uma vez que pesquisas da Fundação Osvaldo Cruz, corroborada por 250 médicos especialistas, psicólogos e antropólogos, apontam que as mulheres buscam mais assistência à saúde para si e para suas famílias. Também, confirmaram que os homens buscam menos assistência, em virtude três características básicas: questões culturais, institucionais e médicas. A realidade do SUS, em todos os seus níveis de atendimento, mostra que os homens tendem a buscar o serviço de saúde somente quando há casos graves, que requerem internação, elevando os custos do sistema (FIOCRUZ, 2010).

Conclui-se que, apesar de 92,2% dos participantes considerarem que a VD do ACS é importante e 83,7% alegarem que tem confiança no ACS, somente 39,2% dos usuários procuram o ACS em caso de doenças na família (GRÁFICO 9), condição que pode sugerir que o vínculo da população assistida com o ACS é frágil. As respostas às perguntas indicam a importância e a confiança, mas essas características não se refletem na procura por esse profissional.

Observa-se, portanto, que a população confia e gosta da VD e do ACS, mas isso não cria, necessariamente, a condição para que a população procure o ACS em caso de doenças na família, pois, conforme apontado, menos da metade dessa população confirma essa procura. Mas deve-se destacar que esses resultados não mostram apenas a realidade do município de Iporá, sendo esta uma condição que se repete pelo país.

Outro ponto que merece destaque nessa análise é que não procurar pelo ACS nesses casos também não demonstra que a APS está sendo ineficaz ou que o vínculo não exista. A pesquisa não se propôs a investigar os casos em que a população procura ou não procura o ACS ou, ainda, a repetição dessas situações dentro do contexto

familiar. Casos de emergência, por exemplo, não podem ser atendidos pelo ACS, requerendo a busca pela unidade de pronto atendimento. Dessa forma, não é possível afirmar, por meio da interpretação dessa questão quantitativa, as razões que levam a população a buscar (ou não) esse profissional em casos de doença na família.

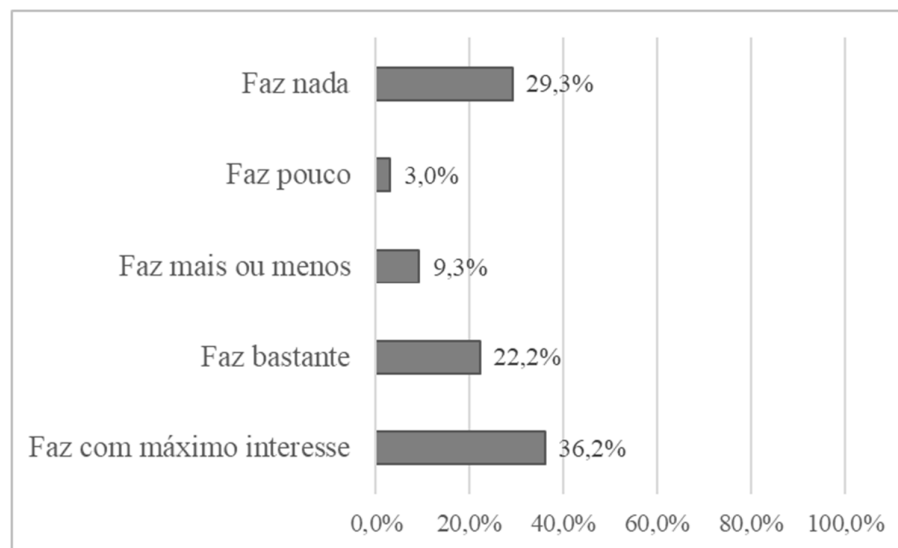
A crença do usuário na importância da VD, a satisfação com o trabalho do ACS e o número de visitas realizadas são elementos que contribuem para que o ACS alcance os resultados esperados na VD, seja ela meio ou fim. A frequência de VD, inclusive, contribui para o alcance da longitudinalidade, que representa a criação da relação pessoal entre o usuário e o profissional, a qual só se estabelecerá ao longo do tempo e das visitas. Dessa forma, esses elementos em conjunto contribuem para estabelecimento do vínculo.

6.4. Satisfação com relação ao cumprimento das atribuições do ACS

O terceiro bloco de questões buscou identificar a satisfação dos usuários em relação ao cumprimento das atribuições básicas do ACS. Correlacionando as questões que foram pesquisadas, cujos resultados estão expostos neste bloco com o rol de atribuições do ACS previstos na PNAB, observa-se que todas as questões investigadas fazem parte das atribuições obrigatórias e exclusivas do ACS.

Para identificar as variáveis necessárias, os usuários foram perguntados sobre se o ACS: acompanha casos de pessoas da família que ficaram doentes (QUESTÃO 07); conhece a família, em relação às condições de saúde de seus membros (QUESTÃO 08); realiza visitas sobre orientação em relação à alimentação (QUESTÃO 09); confere se a família que recebe “Bolsa Família” mantém seus filhos frequentando a escola (QUESTÃO 13); preocupa-se em verificar se os adolescentes têm problemas com drogas ou sexo (QUESTÃO 14); preocupa-se em saber sobre possíveis transtornos alimentares (QUESTÃO 15); tem preocupação com vício entre os membros da família (QUESTÃO 17); mantém-se atento para detectar violência doméstica (QUESTÃO 19); faz vistoria para detectar possíveis criadouros do mosquito da dengue (QUESTÃO 20).

Buscou-se identificar se o ACS promove o acompanhamento de pessoas doentes que estão em sua área de atuação (QUESTÃO 07).



Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 10 - Distribuição dos participantes segundo o interesse de acompanhamento pelo Agente Comunitário de Saúde dos caso de doença (Questão 07). Iporá-GO, 2016.

Verificou-se que 36,3% dos usuários apontaram que o ACS promove esse acompanhamento e o faz com o máximo de interesse, e 29,3% dos usuários indicaram que o ACS nada faz em relação ao acompanhamento de pacientes doentes em sua área de atuação (GRÁFICO 10).

A aplicação do teste T de *Student* mostrou que nesta questão existe maior satisfação dos homens em relação ao acompanhamento do ACS às pessoas doentes, do que entre das mulheres.

Para aprofundar a análise dessas informações, fez-se um cruzamento dos dados entre o acompanhamento pelo ACS das pessoas doentes e a procura pelo ACS por parte do usuário no caso de doença na família (TABELA 5).

Tabela 5 - Distribuição da frequência dos participantes pela relação entre a procura pelo Agente Comunitário de Saúde (Questão 6) e o acompanhamento em caso de doença (Questão 7). Iporá-GO, 2016

Procura	Acompanhamento (%)					Total
	Máximo interesse	Bastante	Mais ou menos	Pouco	Nada	
Sempre	22,8	3,0	1,3	-	2,8	29,8
Muito	2,8	4,0	1,0	-	1,8	9,5
Mais ou menos	7,0	6,8	3,3	0,8	2,5	20,3
Pouco	1,3	3,5	1,0	0,5	2,8	9,0
Não procuro	2,5	5,0	2,8	1,8	19,5	31,5
Total	36,4	22,3	9,4	3,1	29,4	100,0

Fonte: Resultados da pesquisa.

A Tabela 5 apontou que 22,8% dos participantes procuram sempre o ACS e também acreditam que o profissional tem o máximo de interesse em acompanhar os casos de doença na família. Em outro extremo, 19,5% apontaram que não procuram o ACS em caso de doença e também acreditam que o ACS não acompanha em nada esses casos.

Observou-se, ainda, que somente 32,6% da população procuram sempre ou muito o ACS em caso de doença na família e que também acreditam que o ACS acompanha esses casos na família com interesse.

Aplicando-se o teste estatístico de t de *Student* ao nível de significância de $p < 0,001$, observou-se que as variáveis “população que procura o ACS em caso de doença na família” e “satisfação com o acompanhamento oferecido pelo ACS” têm correlação positiva significativa ($p = 0,573$) nas duas extremidades.

Assim, esses dados mostram que a maior parte da população que procura o ACS em caso de doença na família está satisfeita com o acompanhamento oferecido pelo profissional. Já a população que não busca o ACS aponta que ele não os acompanha

em nada. Nessa questão, não é possível apontar as razões pelas quais a população não procura o ACS e, portanto, afirmar que ele não realiza o acompanhamento.

A longitudinalidade é característica essencial e exclusiva da atenção primária da saúde. Refere-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por intermédio da equipe de APS frente aos episódios de doença e cuidados preventivos. Esse processo traz implícita a responsabilidade tanto do profissional de saúde quanto do paciente, que precisam, de forma conjunta, atuar e estabelecer uma relação de confiança e assumirem, para si, a responsabilidade pelas ações. A existência desse atributo tende a gerar diagnósticos e tratamentos mais precisos, além de reduzir os encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

O atributo da longitudinalidade da APS é efetivado, também, durante as VD realizadas pelo ACS. Durante a VD, o ACS detecta as necessidades da família, planeja e, em conjunto com a equipe da ESF, desenvolve ações para atender essas necessidades; realiza trabalhos de busca ativa e prevenção, orientações em saúde. Todos voltados para a construção do relacionamento e do compromisso

Conhecer a realidade da saúde da família é condição fundamental para o bom acompanhamento e solicitação de consulta junto à equipe da ESF quando necessário. Esse conhecimento deve estar registrado, permitindo acessar o histórico de saúde de cada membro da unidade familiar. Assim, conforme preconizado na PNAB e e-SUS, o ACS deve preencher a Ficha de Visita Domiciliar, implantada no início de 2016, constituindo, portanto, uma ação anterior à realização desta pesquisa. Essa ficha tem como objetivo principal registrar as atividades que foram desenvolvidas durante a VD ao usuário que se encontra adscrito no território de atenção da equipe da ESF. As informações relativas a essa ficha são consideradas relevantes e permitem monitorar e acompanhar os indicadores de avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015).

O preenchimento da Ficha de Visita Domiciliar é atribuição exclusiva do ACS e do Agente Comunitário de Endemias (ACE). Possui um campo para identificação e

controle da digitação, outro para identificação do estabelecimento de saúde e do profissional. O próximo campo é dedicado à identificação do usuário, composto por informações essenciais à individualização do registro, como data de nascimento, gênero, número do cartão do SUS e se a visita foi compartilhada com outro profissional de saúde, por exemplo (BRASIL, 2015).

O campo seguinte da Ficha de Visita Domiciliar refere-se ao motivo da visita, se de busca ativa, para consulta, exames ou vacinas, dentre outros, ou se para acompanhamento, como gestantes, puérperas, recém-nascidos, pessoa com desnutrição, com hipertensão ou diabetes, por exemplo. Esse campo também permite a identificação da VD destinada a acompanhar pacientes com doenças como asma, câncer, doenças crônicas, tabagistas, em condições de vulnerabilidade, usuários de álcool ou drogas (BRASIL, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, esse registro passou a contabilizar indivíduos visitados e não mais famílias visitadas. Com isso, foi possível vincular os indivíduos a seus núcleos familiares e calcular também quantas famílias foram efetivamente visitadas. Essa nova forma de registro permitiu a individualização dos dados e maior detalhamento do alcance das ações deste profissional (BRASIL, 2015).

Pode-se observar que, antes dessa ficha, preenchiam-se os dados da unidade familiar como um todo. Com o novo modelo, é possível obter mais informações sobre cada morador e suas particularidades, já que cada indivíduo tem um campo específico para receber suas informações. Não se pode, contudo, afirmar que essa ficha fez a VD ser mais resolutiva, mas pode-se afirmar que contribui para aumentar o número de informações sobre a população atendida.

Assim, essa ficha contribui para que o ACS conheça melhor tanto a família (como um conjunto) quanto seus membros em suas especificidades e necessidades. Essas informações contribuem para que o ACS realize de melhor forma suas atribuições, pois permite identificar casos de doença ou condições de saúde que afetem seus membros, como gestações e puerpério, realização de orientações mais personalizadas que atendam às demandas daqueles indivíduos, bem como identificar

possíveis problemas na família, como vícios ou violência.

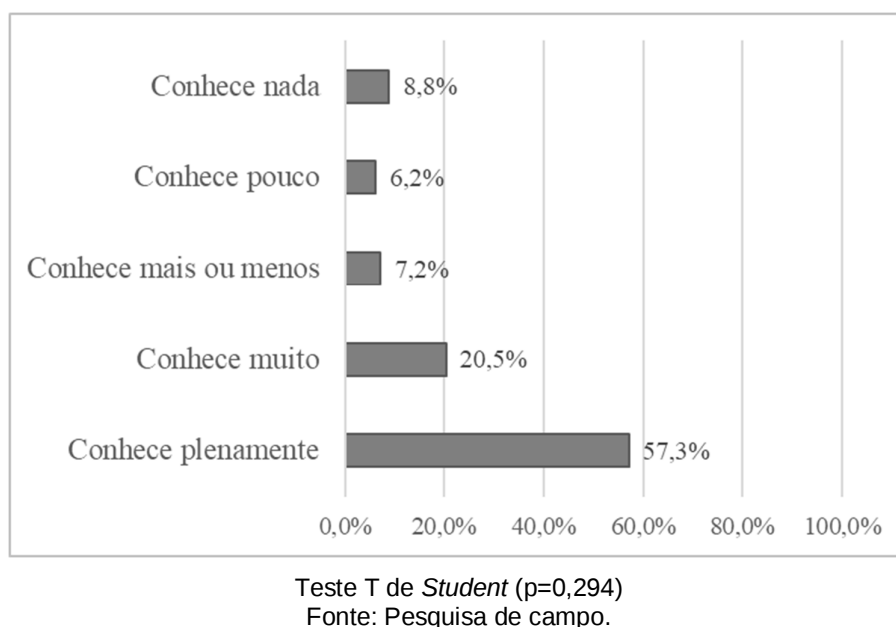


Gráfico 11 - Distribuição dos participantes segundo a percepção sobre o conhecimento do Agente Comunitário de Saúde a respeito da saúde familiar (Questão 08). Iporá-GO, 2016.

O conhecimento do ACS sobre a saúde familiar foi bem avaliado pelos usuários (QUESTÃO 08), pois 77,8% declararam que o ACS conhece plenamente ou muito sobre a saúde da família (GRÁFICO 11).

O teste T de *Student* ($p=0,294$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Esse quesito foi o mais bem avaliado pelos usuários que participaram da pesquisa de Oliveira et al. (2003), em Anastácio, Mato Grosso do Sul. Quase 80% dos entrevistados apontaram que estão muito satisfeitos com o atendimento prestado pelo ACS e informaram, ainda, que o profissional tem amplo conhecimento sobre a família, mantendo todos os registros e anotações. Esses índices são semelhantes aos encontrados em Iporá.

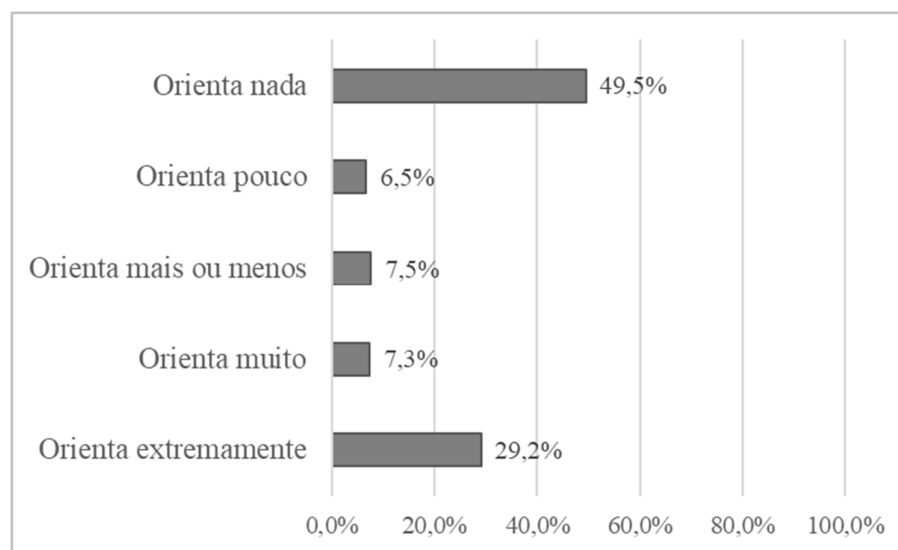
Como o ACS é membro da localidade onde atua, costuma haver maior aproximação e interação entre o profissional e as pessoas, já que ele conhece a forma de viver da localidade e o comportamento das famílias daquela região, fatores estes que facilitam conhecer as condições de saúde da família (OLIVEIRA et al., 2010). Contudo, com a implementação das mudanças trazidas pela PNAB/2017 será necessário observar como esse comportamento ocorrerá.

Esses resultados mostram uma contradição na percepção dos usuários em relação ao acompanhamento do ACS (TABELA 5/GRÁFICO 11) em relação à saúde da família. A realização da VD e o preenchimento da Ficha de VD permitem que o ACS conheça a família, cada um de seus membros e suas particularidades para, então, desencadear as ações necessárias. Apesar disso, as famílias demonstraram que não reconhecem ser essa atuação suficiente para afirmar que o ACS acompanha a família. Mas, por se tratar de estudo quantitativo, não foi possível identificar as expectativas da família para que essas afirmassem que a atuação do ACS é suficiente.

A primeira e mais importante atribuição do ACS é a visita domiciliar, pois é o momento onde as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças podem ser reforçadas. O ACS, em conjunto com a ESF, deve atuar no sentido de desenvolver ações de promoção da saúde, envolvendo alimentação saudável, aleitamento materno, cumprimento do calendário vacinal, saúde bucal, incentivo à prática regular de atividade física, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, entre outras. Também, devem promover e participar de eventos junto à população sobre temas relevantes para o grupo, como combate ao alcoolismo e ao tabagismo, hipertensão e obesidade.

Nesse sentido, ao realizar visitas que promovam a saúde e sua prevenção, o ACS está realizando VD meio (COELHO; SAVASSI, 2004). Orientações sobre alimentação saudável representa um tipo de VD meio, pois nela o ACS deveria repassar à família orientações sobre se alimentar adequadamente, o que contribui para melhoria na qualidade de saúde e prevenção de alguns transtornos, como a obesidade, por exemplo.

Em relação às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, no que refere-se à alimentação saudável (Questão 09), observaram-se os resultados no Gráfico 12.



Teste T de *Student* ($p=0,001$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 12 - Distribuição dos participantes segundo a orientação do Agente Comunitário de Saúde sobre alimentos saudáveis (Questão 9). Iporá-GO, 2016.

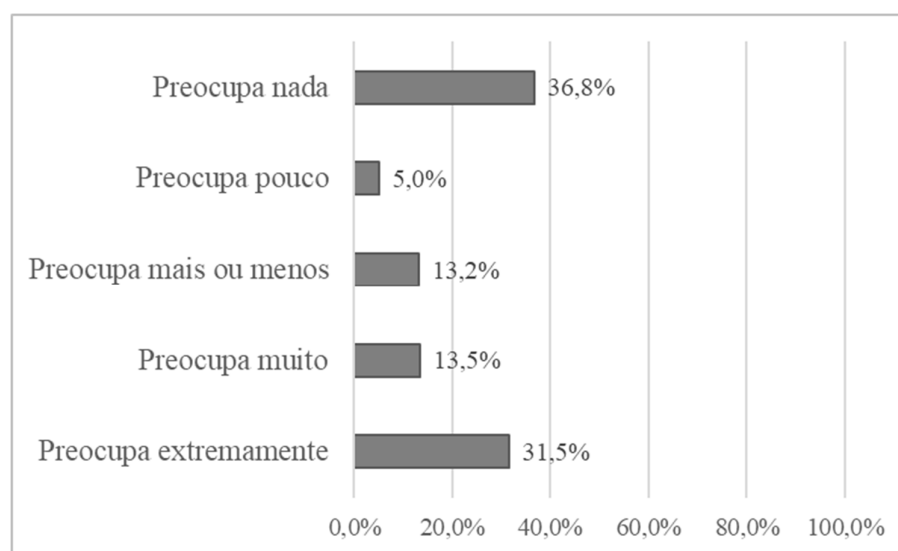
Verificou-se que, para a maioria dos entrevistados (63,5%), o ACS nada orienta, orienta pouco ou orienta mais ou menos em relação à alimentação saudável. Esta orientação é um dos tópicos que compõem as ações educativas que devem ser desenvolvidas pelo ACS.

Evidenciou-se que existe diferença estatisticamente significativa entre a satisfação do gênero masculino e feminino para esse aspecto. O teste T de *Student* ($p=0,001$) destacou que, nesse quesito, os homens estão mais satisfeitos que as mulheres em relação às orientações sobre alimentação saudável, ainda que grande parte dos entrevistados considere precário o nível de informação oferecido.

Além de orientar sobre a alimentação saudável, compete ao ACS observar e orientar os usuários em relação a problemas relativos a transtornos alimentares, como anorexia nervosa e bulimia, durante as visitas domiciliares. Caso haja indicativos de

existência de pessoas com esses problemas, o fato deve ser comunicado à UBS, de modo que o tratamento possa ser iniciado de forma imediata.

Investigando sobre essas orientações, de forma coerente com o que externaram em relação à alimentação saudável, 36,8% dos usuários apontaram que o ACS não demonstra qualquer tipo de preocupação relativa aos transtornos alimentares (QUESTÃO 15). No entanto, 45,0% declararam que o ACS se preocupa extremamente ou muito com o assunto (GRÁFICO 13).



Teste T de *Student* ($p=0,794$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 13 - Distribuição dos participantes segundo a preocupação do Agente Comunitário de Saúde com transtornos alimentares (Questão 15). Iporá-GO, 2016.

O teste T de *Student* ($p=0,794$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

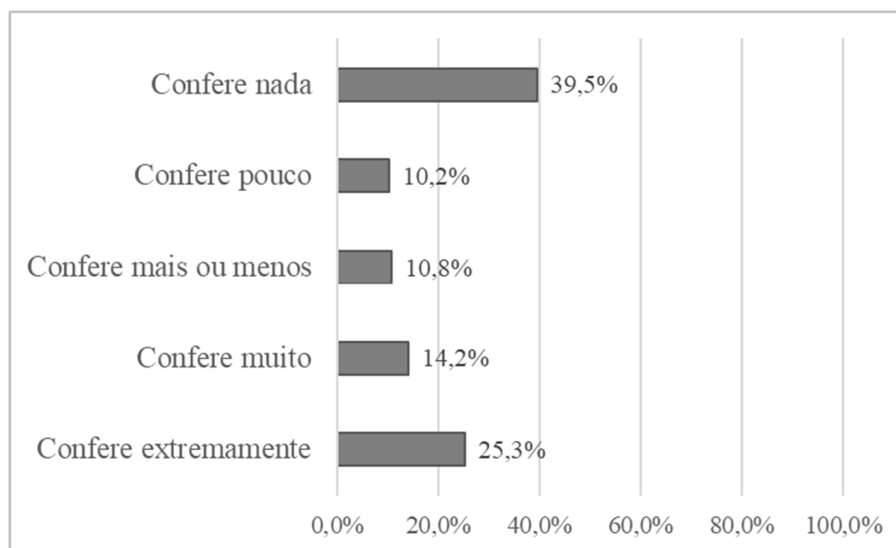
A pouca preocupação do ACS com atividades preventivas, incluindo alimentação, também foi identificada na pesquisa de Zuchinalli (2008), no estado de Santa Catarina, a qual evidenciou que 70% dos usuários entrevistados naquele estudo informaram nunca terem participado de atividades preventivas realizadas pelo ACS. Somente

55% dos usuários daquele sistema disseram se lembrar de algum ensinamento promovido pelo ACS.

Os aspectos nutricionais de uma pessoa são elementos importantes para avaliar seu bem-estar e fatores ambientais. Por isso, conhecer os hábitos alimentares da população é importante para promover a saúde, identificar as deficiências de nutrientes ou excessos alimentares. Sabe-se que, no Brasil, é baixo o consumo de frutas, verduras e hortaliças, especialmente entre as famílias de baixa renda. Além de fatores como renda, aspectos culturais e de acesso ao alimento também contribuem para o baixo consumo. Ao conhecer a realidade da população, é possível planejar as ações de saúde e adotar intervenções apropriadas, seja em âmbito individual ou comunitário, envolvendo políticas públicas e ações educacionais em nutrição (SAMPAIO et al., 2010).

Os resultados aqui encontrados mostram o grande desafio que existe no sistema para que o ACS realize todas as atividades previstas em sua profissão e, mais ainda, consiga alta efetividade nas atividades realizadas, com os usuários aplicando e praticando os conhecimentos obtidos. São várias as atividades que o profissional deve desenvolver e, ainda, conseguir o vínculo com o usuário para que ele realize sua parte no cuidado com sua saúde.

O item VIII, das atribuições do ACS, conforme a PNAB (BRASIL, 2012c), estabelece que é função do ACS verificar, junto às famílias cadastradas no Programa Bolsa Família, se os filhos estão regularmente matriculados e frequentando a escola, atendendo a uma das condicionalidades do programa para a continuidade do recebimento do benefício.



Teste T de *Student* ($p=0,447$)

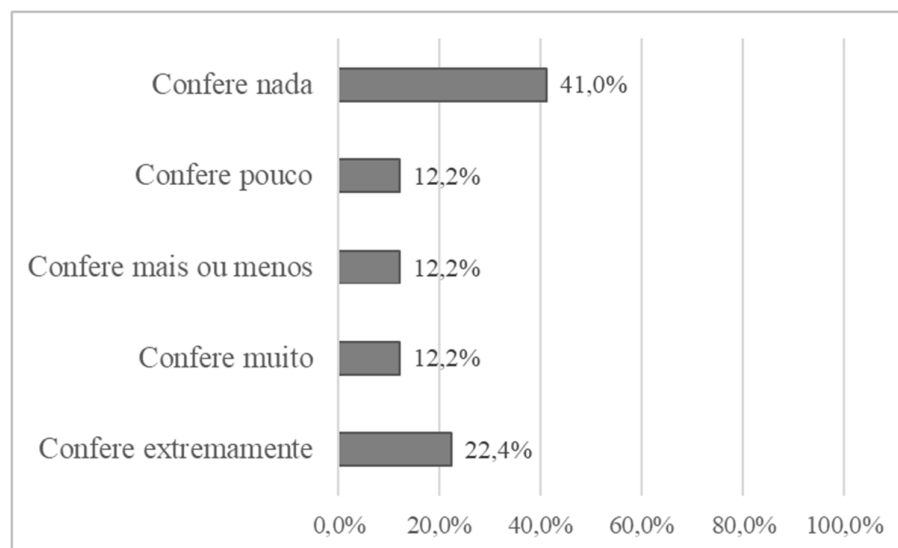
Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 14 - Distribuição dos participantes sobre a conferência pelo Agente Comunitário de Saúde se o beneficiário do Programa Bolsa Família mantém filho na escola (Questão 13). Iporá-GO, 2016.

Nessa questão, 60,5% dos pesquisados declararam que o ACS nada confere, confere pouco ou mais ou menos (Questão 13). Entretanto, isto parece não representar a realidade vivenciada pela maioria das famílias, uma vez que 261 famílias não possuem menores de idade e, portanto, não tem como avaliar esta atuação do ACS.

O teste T de *Student* ($p=0,447$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Observou-se que das 400 famílias, 139 (34,7%) têm menores e 261 (65,3%) não têm menores. A partir dessa segmentação, aprofundou-se a análise, verificando-se separadamente somente as famílias com menores em sua composição, para avaliar a satisfação em relação ao trabalho do ACS quanto à conferência da manutenção dos filhos na escola.



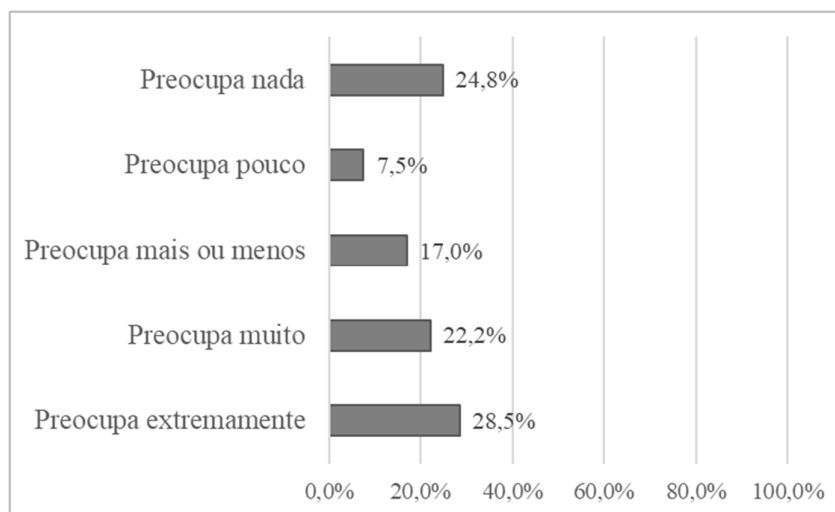
Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 15 - Distribuição da frequência sobre a conferência pelo Agente Comunitário de Saúde se o beneficiário do Programa Bolsa Família mantém filho na escola, para famílias com menores de idade (Questão 13). Iporá-GO, 2016.

Observa-se que 53,2% das famílias com menores declararam que o ACS não realiza a conferência da manutenção do filho na escola, ou realiza pouco. Somente 34,6% dessas famílias alegaram que o ACS realiza essa conferência sempre ou muito. Essa conferência é contrapartida exigida da família para sua participação no Programa Bolsa Família, do Governo Federal, sendo atividade a ser cumprida exclusivamente pelo ACS.

Outra atividade do ACS durante as visitas domiciliares é investigar se na família há jovens que fazem uso de drogas, bem como promover a orientação sobre os cuidados necessários para prevenir doenças correlacionadas com o compartilhamento de seringas e agulhas e também quanto ao sexo seguro, com o uso adequado de preservativo.

Nesta questão (14), 50,7% dos entrevistados demonstraram que o ACS tem essa percepção e está preocupado com adolescentes envolvidos com drogas e com aspectos relacionados ao sexo (GRÁFICO 16).



Teste T de *Student* ($p=0,551$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 16 - Distribuição da frequência segundo a preocupação do Agente Comunitário de Saúde com adolescentes envolvidos com drogas e sexo (Questão 14). Iporá-GO, 2016.

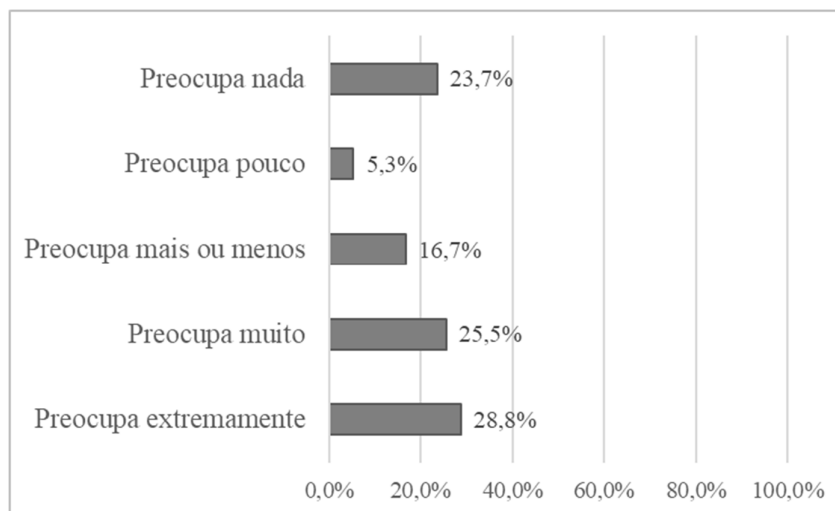
O teste T de *Student* ($p=0,551$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Fernandes et al. (2015) consideram que o ACS é fundamental na equipe de atenção básica, já que é o profissional quem realiza o primeiro contato da equipe de saúde com a população e possui condições de identificar os riscos e as vulnerabilidades da população em seu território. Consideram, também, que a ESF é o contexto adequado para tratamento e acompanhamento de pacientes com problemas em relação ao uso de substâncias psicoativas.

Com relação à sexualidade, é dever do ACS orientar o adolescente quanto ao sexo seguro, com o uso de preservativo, e convidá-lo a refletir sobre a adoção de práticas responsáveis quanto à sua sexualidade, além de refletir sobre temas conexos, como autoestima, afeto, respeito, valores e crenças (BRASIL, 2009a, p. 81).

Alinhada à preocupação do ACS com adolescentes envolvidos com droga e sexo, está a preocupação desse profissional com hábitos deletérios na família, tais como cigarro,

álcool e drogas, já que 54,3% dos pesquisados afirmaram que o ACS tem extrema ou muita preocupação em verificar a ocorrência de vícios na família (GRÁFICO 17).



Teste T de *Student* ($p=0,084$)
 Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 17 - Distribuição da frequência segundo preocupação do Agente Comunitário de Saúde com vícios na família (álcool, cigarro e drogas) (Questão 17). Iporá-GO, 2016.

O teste T de *Student* ($p=0,084$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

É atribuição do ACS realizar intervenções educativas no cuidado à saúde do adolescente e propor as ações devidas. Entretanto, Brasil et al. (2013) destacam que a grande maioria dos ACS não está preparada para atuar junto aos adolescentes, uma vez que é necessário desenvolver um trabalho complexo, o qual envolve a dimensão educativa, o que nem sempre é considerado em sua formação.

Para a realização do seu trabalho, o ACS é orientado a prevenir os usuários de drogas a não compartilharem seringas e agulhas, além de identificar possíveis locais de acesso a essas substâncias, como bares, casas, locais de prostituição e de uso de drogas, com a finalidade de planejar possíveis ações preventivas e até mesmo o

encaminhamento de usuários para tratamento clínico (BRASIL, 2009a).

É papel do ACS, também, orientar os doentes crônicos a adotarem rotinas saudáveis e a comparecerem às consultas agendadas e até a realizar busca ativa dos faltosos às consultas.

Sobre a preparação do ACS para orientar famílias com pessoas que apresentam doenças crônicas, tais como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, 68,1% dos entrevistados consideraram que o ACS está extremamente ou muito preparado para realizar essa orientação.

O reconhecimento sobre a importância do trabalho desenvolvido pelos ACS em relação às famílias que tenham pessoas com doenças crônicas é destacado por Trad et al. (2002). A população valoriza e mostra-se satisfeita com essas ações diferenciadas, que englobam grupos específicos de indivíduos, e proporcionam atendimentos educativos, individuais ou grupais, os quais envolvem hipertensos, diabéticos, gestantes e adolescentes, além de outros grupos que envolvem atividades como pré-natal, planejamento familiar e vacinas.

A violência doméstica, também, foi objeto de investigação nesse estudo, visando a apurar se o ACS está atento aos possíveis sinais desse tipo de violência nas famílias visitadas (QUESTÃO 19). Para 51,5% dos entrevistados, esta atribuição é cumprida com extrema ou muita atenção, enquanto 48,5% declararam que o ACS nada, pouco ou mais ou menos atua no sentido de detectar violência doméstica.

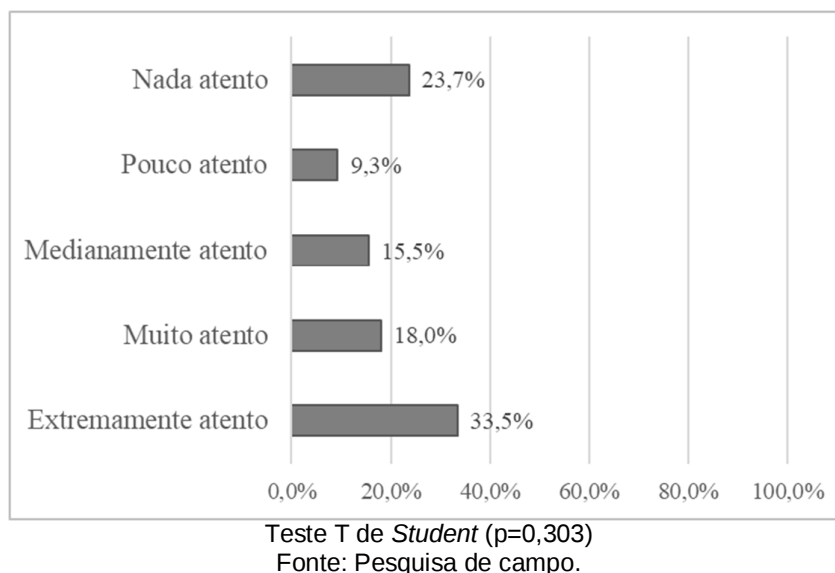


Gráfico 18 - Distribuição da frequência segundo atenção do Agente Comunitário de Saúde para detectar a ocorrência de violência doméstica (Questão 19). Iporá-GO, 2016.

O teste T de *Student* ($p=0,303$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

Destaca-se que o ACS é orientado a observar e somente conversar sobre o assunto com a família caso isso não constitua motivos para mais discussões. Essa pode ser a razão para tantos entrevistados indicarem posicionamento negativo a respeito da questão (BRASIL, 2009a).

Uma das atribuições do ACS, quando da realização da visita domiciliar, é estar atento aos sinais de violência doméstica e/ou situações vivenciadas na família, que possam gerar violência doméstica. Nessa tarefa, o agente deve observar mudanças de hábitos, ouvir o que as pessoas relatam de problema, mas deve evitar se envolver ou tirar conclusões precipitadas. Caso haja suspeitas de violência ou maus tratos, deve comunicar o caso à UBS à qual está ligado, para as devidas providências junto a órgãos de apoio se for consenso da equipe, e acompanhar os casos relatados para verificar se cessou a violência (BRASIL, 2009a).

A violência doméstica é tema vinculado à saúde pública, que vem ganhando cada vez mais notoriedade e ações que buscam combatê-la. Assim, em 2005, foi criado o Serviço de Notificação Compulsória da Violência contra a Mulher, pelo Ministério da Saúde. Scaranto et al. (2007) confirmaram que a presença da violência nas residências brasileiras é fato e mostram que ela existe, especialmente contra a mulher e filhos, perpetrada em 83% dos casos pelo marido/companheiro e dentro dos lares. O fato de as agressões ocorrerem, em sua grande maioria dentro dos lares, cria um espaço para proteção do agressor, já que poucas pessoas conseguem entrar nesse espaço e realizar as devidas observações.

Por essa razão, a observação pelo ACS de casos de violência doméstica torna-se importante, já que ele tem acesso à residência e cria vínculos com a família, o que permite compreender as rotinas daqueles moradores e detectar, com maior facilidade, alterações e comportamentos violentos.

A última questão desse enfoque tratou da atuação do ACS na vistoria do imóvel para detectar a ocorrência de criadouros de mosquito (GRÁFICO 19).

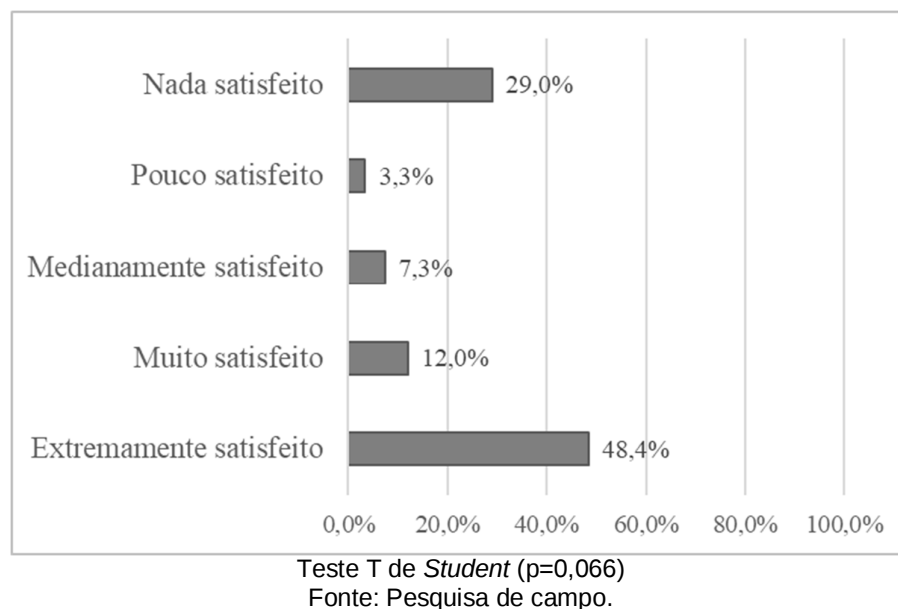


Gráfico 19 - Distribuição dos participantes segundo satisfação com a vistoria do Agente Comunitário de Saúde para detecção de criadouros de mosquito (Questão 20). Iporá-GO, 2016.

Dos respondentes, 60,5% afirmaram ter extrema ou muita satisfação com este trabalho do ACS, enquanto 39,5% declararam estarem nada satisfeitos (29,0%), pouco satisfeitos (3,3%) e mais ou menos satisfeitos (7,3%).

O teste T de *Student* ($p=0,066$), ao nível de significância de 0,05, demonstrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação de homens e de mulheres para a questão analisada.

O agente comunitário de saúde, na questão das endemias, tem ação suplementar ao agente de combate a endemias (ACE), devendo, na oportunidade da visita domiciliar, realizar vistoria geral da área externa da residência para detectar possíveis criadouros de mosquito. No caso de ser encontrado criadouro de mosquito em local pouco acessível ou se for necessário aplicar larvicida, o ACS deve comunicar à UBS ou diretamente ao ACE da área. Se a ação requerida for de apenas retirar os ovos e larvas do mosquito, isso deve ser feito pelo ACS, com as devidas orientações para prevenir novos criadouros (BRASIL, 2012b).

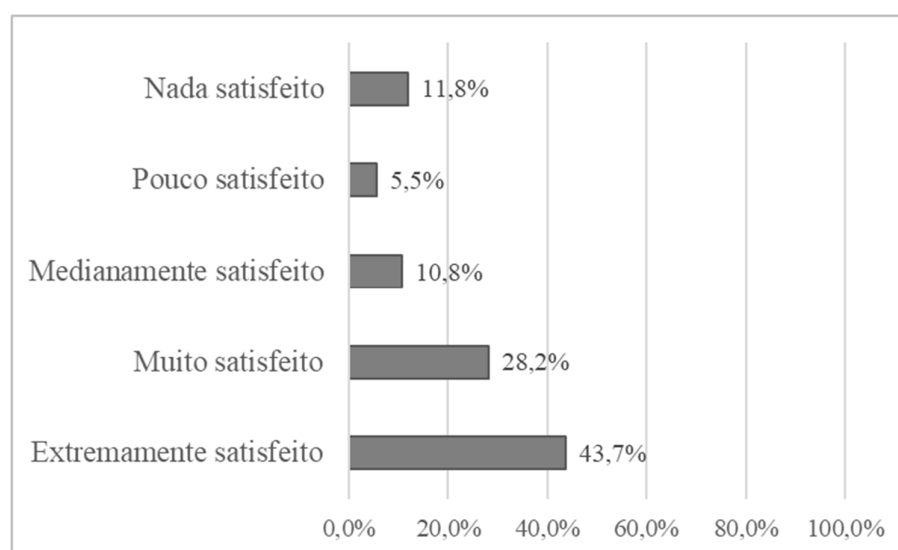
Em linhas gerais, pode-se afirmar, com algumas exceções, que os entrevistados estão extremamente ou muito satisfeitos com o ACS, em relação ao cumprimento de suas atribuições.

6.5. Identificação das necessidades de intervenção de cuidado e continuação de tratamento

O último bloco de questões buscou identificar a capacidade do ACS de identificar as necessidades de intervenção de cuidados e continuidade de tratamento das famílias, durante as visitas domiciliares. As variáveis analisadas foram: satisfação com as orientações do ACS em relação aos serviços da UBS (QUESTÃO 10), satisfação com o ACS em relação ao conhecimento sobre os problemas da família e suas necessidades (QUESTÃO 11), satisfação com o ACS por entender que ele conhece os problemas de saúde da família e busca uma solução (QUESTÃO 12), satisfação com o ACS em relação à preocupação com a saúde e higiene bucal da família

(QUESTÃO 16) e satisfação com o ACS em relação à verificação de uso de medicamentos de uso contínuo (QUESTÃO 21).

A PNAB (BRASIL, 2012a) estabelece que, durante a visita domiciliar do ACS à população, esses precisam criar um clima propício ao estabelecimento de maior vínculo com as famílias assistidas, para que seu trabalho seja exitoso e fortaleça o SUS.



Teste T de *Student* ($p=0,064$)

Fonte: Pesquisa de campo.

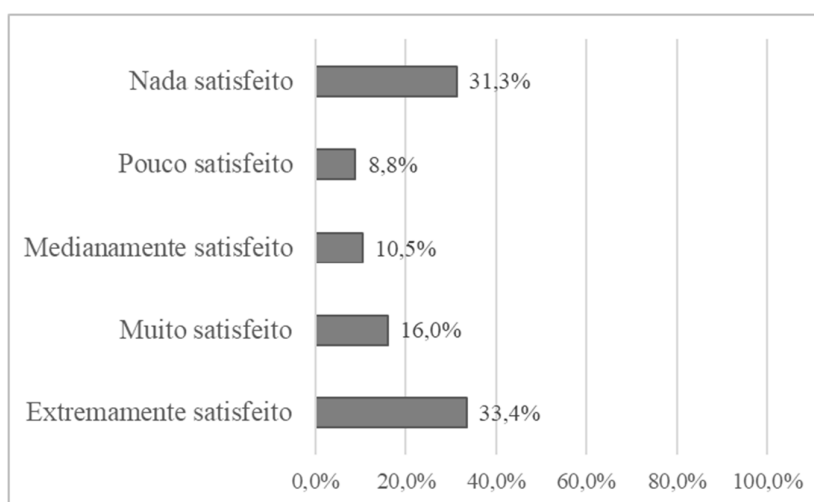
Gráfico 20 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação às orientações do Agente Comunitário sobre os serviços disponíveis na Unidade Básica de Saúde (Questão 10). Iporá-GO, 2016.

No primeiro aspecto, satisfação em relação às orientações recebidas do ACS sobre os serviços disponíveis na UBS (QUESTÃO 10), 71,9% dos usuários disseram estar extremamente ou muito satisfeitos.

Esse ponto é bastante positivo, uma vez que, conforme explicam Araújo e Assunção (2004), o ACS trabalha fora da unidade de saúde, promovendo a ligação entre a população e os serviços de saúde disponíveis. O principal recurso para o estabelecimento dessa ligação é a visita domiciliar, quando o ACS tem a oportunidade de conhecer as condições de saúde da família, os agravos que acometem esses

indivíduos ou, ainda, explicar às pessoas como os serviços funcionam. Por outro lado, pode transmitir à UBS quais são as necessidades daquela população.

Na visita domiciliar, conforme preconiza a PNAB (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016), que pode ser de busca ativa ou acompanhamento, o ACS deve reconhecer as especificidades da vida familiar, as mudanças que estão ocorrendo (gestação, puerpério, paciente doente e outras), atividades da vida diária, situação da moradia, benefícios sociais recebidos, transporte, ocupação, estado geral de saúde, relações familiares, hábitos de vida e outros.



Teste T de *Student* ($p=0,134$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 21 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação ao conhecimento do Agente Comunitário de Saúde sobre os problemas e necessidades da família (Questão 11). Iporá-GO, 2016.

Sobre o conhecimento em relação a essa realidade da família (QUESTÃO 11), 49,4% dos entrevistados estão extremamente ou muito satisfeitos. Contudo, 31,3% afirmaram que o ACS nada conhece sobre este item abordado pela pesquisa, para 19,3% conhece pouco ou mais ou menos (GRÁFICO 21).

O trabalho do agente comunitário de saúde requer, antes de tudo, o estabelecimento de laços de vínculo e confiança, especialmente quando se tem que trabalhar com adolescentes, pessoas dependentes de álcool e drogas e pessoas mais idosas. Também, no dia-a-dia, é preciso observar e entender quando determinada pessoa muda de comportamento, de forma não usual (BRASIL, 2009a).

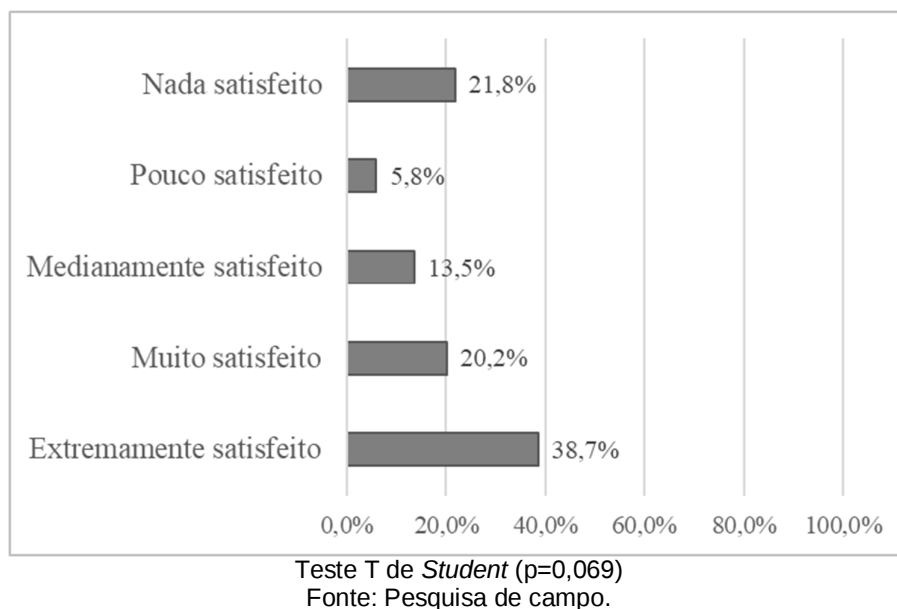


Gráfico 22 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação à atuação do Agente Comunitário de Saúde para entender o problema da família e buscar solução (Questão 12). Iporá-GO, 2016.

Para 58,9% dos entrevistados, é extremamente ou muito satisfatória a atuação dos ACS com o intuito de entenderem seus problemas e ajudarem na busca de soluções (QUESTÃO 12).

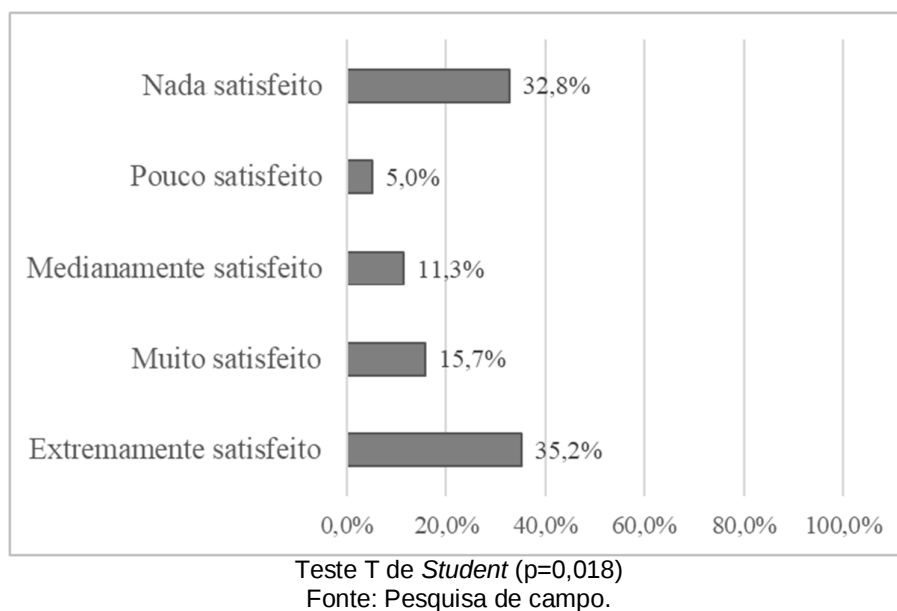


Gráfico 23 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação à preocupação do Agente Comunitário de Saúde com higiene bucal e tratamento dentário (Questão 16). Iporá-GO, 2016.

Uma parcela de 50,9% dos pesquisados encontra-se extremamente ou muito satisfeita com o nível de preocupação do ACS em relação à higiene bucal e ao tratamento dentário da população (QUESTÃO 16). Entretanto, 32,8% declararam que o ACS em nada se preocupa com o assunto, 5,0% afirmaram que a preocupação do ACS é pouca e 11,3% dos usuários atribuíram uma satisfação mediana com este aspecto (GRÁFICO 23).

A aplicação do teste T de *Student*, ao nível de significância de 0,05, demonstrou que os resultados da questão 16 desse quarto bloco têm diferença estatisticamente significativa em relação à variação por gênero dos participantes, que trata da preocupação do ACS em relação à higiene bucal da população (GRÁFICO 23).

A saúde bucal faz parte do conjunto de ações para a saúde de um indivíduo. Entretanto, os resultados costumam apontar que são poucos os ACS que conseguem realizar ações de caráter educativo em saúde bucal junto à população pela qual são responsáveis. Essa realidade seria em função tanto da falta de qualificação do ACS para realizar essa atividade educativa quanto da própria visão dos odontólogos que compõem a Estratégia de Saúde Bucal (ESB). Esses profissionais passam por formação voltada para a prática da clínica tradicional, curativa, pouco focada nas práticas de prevenção e cuidado à saúde defendidas pela APS (MARTINS et al., 2014).

Falta, também, compreender a importância do ACS nesse contexto de prevenção e cuidados à saúde bucal. Quando ocorre treinamento e os ACS são capacitados, observa-se maior resolução dos principais problemas de saúde bucal da população. Assim, cabe a esses profissionais atuarem como multiplicadores dos conhecimentos sobre saúde bucal, melhorando a higienização, redução do índice de cáries, detecção precoce do câncer de boca e aumento da qualidade de vida das famílias (MARTINS et al., 2014).

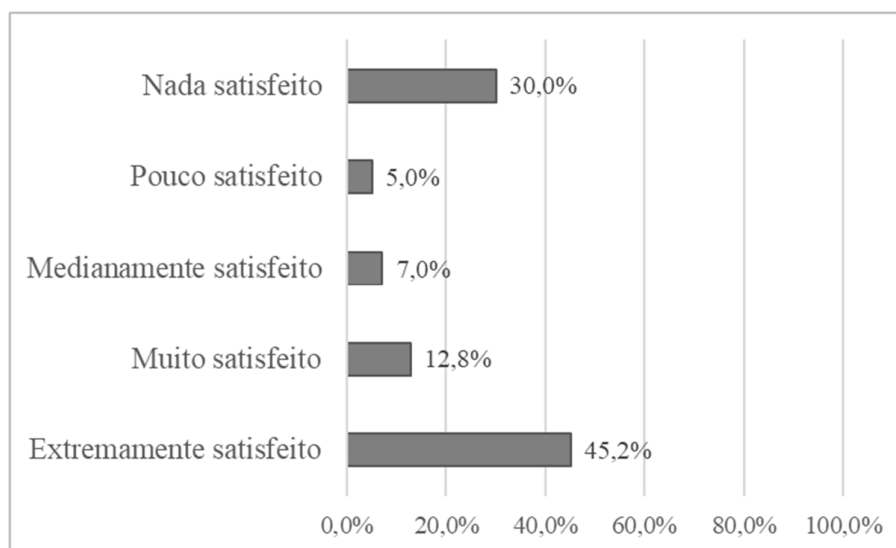
O agente comunitário de saúde tem entre suas atribuições a de orientar as famílias quanto aos cuidados da higiene bucal e, também, quanto à necessidade de mudar alguns hábitos alimentares, como o consumo excessivo de açúcar. No escopo do

ACS, constam orientações para a higiene bucal de recém-nascidos, crianças, adolescentes e adultos, incluindo orientações quanto aos principais problemas que podem acarretar a falta de uma boa higienização bucal, devendo encaminhar para a UBS os casos que necessitem intervenção de especialista (BRASIL, 2009c).

Apesar dessa obrigatoriedade, tal como observado nessa pesquisa, Mialhe et al. (2011), também, identificaram, junto a um grupo composto por 80 ACS atuantes na cidade de Piracicaba/SP, que as atividades educativas em saúde bucal são realizadas de forma esporádica e estão voltadas, especialmente, às gestantes, mães e crianças, em um modelo vertical de transmissão de informações.

Esses resultados sugerem a necessidade dos ACS repensarem a forma como desenvolvem suas práticas educativas em saúde bucal, bem como sua preparação para o desenvolvimento de tais atividades.

A conferência do uso continuado de medicamentos é atribuição do ACS, especialmente na população idosa, que costuma fazer uso de fármacos para hipertensão e diabetes (BRASIL, 2009a).



Teste T de *Student* ($p=0,369$)

Fonte: Pesquisa de campo.

Gráfico 24 - Distribuição dos participantes segundo satisfação em relação à verificação, pelo Agente Comunitário de Saúde, sobre o uso continuado de medicamentos (Questão 21). Iporá-GO, 2016.

Evidenciou-se que 58,0% dos entrevistados declararam estar satisfeitos, extremamente ou muito, com a verificação feita pelo ACS, em relação aos casos de uso continuado de medicamentos por alguém da família (QUESTÃO 21). Os demais 42,0% declararam que o ACS nada verifica, verifica pouco ou verifica mais ou menos.

Os índices de não adesão ao tratamento medicamentoso são considerados altos no Brasil. Remondi et al. (2014) identificaram percentual 63,5% de não adesão em sua pesquisa, resultados esses influenciados por diversas variáveis, mas com destaque à falta de acompanhamento pelo ACS, o que reforça a importância dessa atividade junto à população.

6.6. Características pessoais identificadas no ACS pelos usuários durante a visita domiciliar

No encerramento da entrevista com os usuários do sistema de saúde, os mesmos foram questionados (QUESTÃO 24) sobre o comportamento apresentado pelos ACS através da apresentação de seis características comportamentais, sendo elas: educação, gentileza, boa vontade, capacidade de escutar, entender os motivos do paciente e demonstrar interesse, para as quais os usuários deveriam responder “sim” ou “não”.

Tabela 6 - Características apontadas quanto aos Agentes Comunitários de Saúde. Iporá-GO, 2016.

Características	Sim	%	Não	%
Educação	357	89,3	43	10,7
Gentileza	318	79,5	82	20,5
Boa vontade	285	71,3	115	28,7
Capacidade de escutar	280	70,0	120	30,0
Entende os motivos do paciente	254	63,5	146	36,5
Demonstra interesse	283	70,7	117	29,3
Média	296	74,1	104	25,9

Fonte: Pesquisa de campo.

Embora a média geral tenha sido alta, com 74,1% dos pesquisados declarando serem positivas as características apresentadas, 25,9% optaram por não reconhecer estas características no profissional, com destaque (negativo) para “entender os motivos do paciente”, “capacidade de escutar” e “demonstra interesse”, por parte de 36,5%, 30,0% e 29,3%, respectivamente, dos entrevistados. Esse quesito passou pelo teste Qui-quadrado, ao nível de 0,05, cujos resultados estão expostos a seguir (TABELA 7):

Tabela 7 - Características positivas dos Agentes Comunitários de Saúde, relatadas pelos usuários das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com o gênero dos usuários. Iporá-GO, 2016.

Características	Feminino (n=336)		Masculino (n=64)		p-valor*
	n	%	n	%	
Educação	298	83,5	59	92,2	0,408
Gentileza	266	79,2	52	81,3	0,705
Boa vontade	247	73,5	38	59,4	0,022
Capacidade de escuta	244	72,6	36	56,3	0,009
Capacidade de entender	220	65,5	34	53,1	0,060
Demonstra interesse	247	73,5	36	56,3	0,005

*Teste Qui-quadrado (p<0,05)

Fonte: Resultados da pesquisa.

Observa-se que os resultados demonstram que há diferenças significativas entre proporções de usuários, de acordo com o gênero. Maior proporção de mulheres relatou que o ACS tem boa vontade, capacidade de escuta e demonstra interesse, em relação aos homens.

Os trabalhos que tratam do perfil do ACS analisam, geralmente, sua formação e competência para desenvolver suas atividades, conforme apontado por Guanais-Lorenzi e Pinheiro (2016).

Santos et al. (2011), que realizaram análise do perfil do ACS em quatro municípios de pequeno porte do Noroeste Paulista, também, evidenciaram análises distintas da que

foi realizada neste estudo. Em São Paulo, focou-se no nível de escolaridade dos profissionais, tempo de residência no município, idade, gênero e tempo de atuação como ACS. Demonstraram, ainda, alta rotatividade dos profissionais, o que contribui para quebra do vínculo com a população.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema “melhoria da saúde pública”, sempre, marcou presença em pautas reivindicatórias populares no Brasil mas, apesar dos avanços experimentados nos últimos anos, especialmente a partir dos anos 1990, quando foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), muito precisa ser feito para atender as crescentes demandas da sociedade por um serviço de saúde de qualidade.

O primeiro grande marco legislativo feito no sentido de universalizar o serviço de saúde pública no Brasil veio no rastro da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988) e atendeu a grande parte dos anseios populares, os quais foram traduzidos por uma ampla frente nacional de luta pela saúde, com destaque para o sanitarista Sérgio Arouca, então presidente da Fiocruz.

O movimento sanitarista, contando com o apoio de diversas instituições e partidos progressistas, conseguiu arregimentar importante apoio político durante a discussão do tema antes e durante a Constituinte. Isso serviu para garantir um capítulo na Constituição de 1988, a qual atendia às grandes exigências, com destaque para a definição de saúde como direito de todos e dever do Estado (FALLEIROS; LIMA, 2010, p. 241-245).

No capítulo dedicado à saúde, a Constituição de 1988 inovou ao descentralizar o serviço de saúde - dividindo a responsabilidade entre União, Estados e Municípios - , a incluir a participação da população na gestão da saúde e a definir como prioridade as atividades preventivas. (BRASIL, 1988).

Isso, certamente, contribuiu para a busca de solução de uma questão crítica, que era o atendimento meramente hospitalar. Pois, no lugar de desenvolver ações para preservar a saúde, o Estado apenas tratava a doença (FALLEIROS; LIMA, 2010, p. 241-245).

Através de experiências que já se desenvolviam desde 1987 em algumas cidades

brasileiras, o Ministério da Saúde instituiu regras preliminares para a atuação de agentes comunitários de saúde através do Decreto n.º 3.189 de 1999, mas foi através da Lei n.º 11.350 de 2006, a qual atendia o disposto no parágrafo 5.º do artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, que houve a regulamentação da profissão dos agentes comunitários de saúde, quando foram fixadas, também, suas atribuições (BRASIL, 1999).

Sem dúvida, as Equipes de Saúde da Família, das quais fazem parte os agentes comunitários de saúde, vieram a oportunizar um serviço de saúde mais próximo do cidadão. Tal passou a ser realizado através de um trabalho coordenado de orientação e incentivo à preservação da saúde e busca pela redução de doenças e agravos, o que, certamente, é um fator dinamizador do atendimento básico à saúde.

O agente comunitário de saúde (ACS), por ser responsável pela integração da população aos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, se tornou um personagem de grande relevância dentro do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2009).

O presente estudo vai ao encontro da necessidade de se avaliar o sistema de saúde, com vistas a buscar sempre oportunidades de melhorias. Assim, o foco da presente avaliação foi o agente comunitário de saúde (ACS).

Para tal, a pesquisa buscou respostas para questões relativas à capacidade do ACS de interagir com a população, de criar vínculos, de servir de referência para as pessoas pela sua competência profissional e pela confiança gerada nos usuários e por ter esta primordial atuação na integração da população às UBS.

Enfim, a motivação da pesquisa foi a de aferir o quanto a população urbana do município de Iporá (GO) está satisfeita com o desempenho dos agentes comunitários de saúde. Para essa avaliação, as questões da pesquisa foram divididas em blocos, envolvendo, em linhas gerais, quatro aspectos relevantes da relação entre usuário e ACS: a satisfação com a visita domiciliar e a compreensão do papel do ACS, o grau de vínculo estabelecido através dessas visitas, a percepção do cumprimento das

atribuições pelo ACS e, por fim, a satisfação por se sentir prestigiada pelo trabalho do agente comunitário de saúde quando esse procura conhecer e entender seus problemas e dá apoio para a solução dos mesmos.

O resultado da pesquisa demonstrou que a maioria das pessoas se sente bem em receber a visita do agente comunitário de saúde e está satisfeita com o nível de preparo que esses demonstram ao orientar questões de saúde, mas a maioria declarou, também, que o serviço do ACS e da UBS precisam melhorar.

Apesar de sugerir uma aparente contradição, essa não é a melhor conclusão, visto que diversos entrevistados apontaram problemas de atendimento na UBS e necessidade de mais treinamento para o ACS.

Com relação ao estabelecimento de vínculo entre o ACS e os usuários do sistema de saúde, os resultados da pesquisa demonstram que muito ainda precisa ser feito para se estabelecer uma verdadeira relação de confiança entre as partes. Isso é fundamental para o atingimento dos objetivos da Atenção Primária da Saúde e, especialmente, para o desenvolvimento das atividades dos agentes comunitários de saúde, os quais precisam conseguir que as pessoas se abram com eles, expondo os problemas de saúde e riscos à saúde, para que o ACS possa ajudar diretamente ou relatar à equipe da UBS para providências.

No terceiro bloco de perguntas, o objetivo era verificar se o ACS cumpre, de fato, suas atribuições. A resposta foi positiva, mas, em alguns pontos, houve a demonstração de insatisfação, como no caso de orientação quanto a uma alimentação saudável e a problemas de transtorno alimentar. No caso de recomendação sobre alimentação saudável, a grande maioria declarou que o ACS nada faz nesse sentido.

O último bloco avaliado de perguntas continha questões relativas à satisfação do usuário com a percepção do ACS sobre os problemas de saúde da família e a predisposição do mesmo em orientar e apoiar na busca de solução. Como resultado, houve respostas positivas para todas as questões formuladas, com destaque para orientações do ACS quanto aos serviços que o usuário pode dispor junto à UBS

e, também, no entendimento do mesmo quanto aos problemas de saúde na família e apoio na busca de soluções.

Embora tenham sido formuladas diversas perguntas aos entrevistados visando a compreender a atuação do ACS na VD, essa pesquisa não teve a pretensão de esgotar o tema, ainda que todos os objetivos previamente estabelecidos tenham sido atingidos.

Assim, novos estudos devem ser desenvolvidos periodicamente, visando a esclarecer as interrelações entre o ACS e as famílias adscritas e a percepção dessas em relação à VD e o vínculo existente entre o profissional e as famílias. Além disso, torna-se necessário conhecer essas variáveis ao longo dos anos, uma vez que o presente estudo representa a imagem do momento presente, não podendo ser tomada como imutável ao longo do tempo.

Deve-se reconhecer, também, que a presente pesquisa se torna limitada por alguns fatores, como o número de famílias entrevistadas, a quantidade de variáveis investigadas, e também pelo tempo disponível para sua realização, envolvendo coleta de dados e análise. Por isso, novos estudos devem ser desenvolvidos, buscando complementar as informações necessárias para aprofundar os conhecimentos sobre o tema proposto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.; SANTOS, M. A. R.; COSTA, A. F. B. Aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, XXX., 2010. **Artigo...** São Carlos/SP. Maturidade e desafios da Engenharia de Produção: competitividade das empresas, condições de trabalho, meio ambiente. 2010.

AMARO, S. **Visita domiciliar**: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE; 2003.

ANDRADE, A. M.; GUIMARÃES, A. M. D. N. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, v. 23, n. 01, p.165-175, 2014.

ANNAM, K. **Mulheres Idosas**: é preciso ajudar quem toda a vida ajudou os outros. 2002. Disponível em:
<<https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/Mulheres-Idosas.pdf>>.
Acesso em: 23 jan. 2017.

ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, v. 57, n. 01, p. 19-25, jan./fev. 2004.

AROUCA, S. **Democracia é saúde**. Cebes. Palestra de Sérgio Arouca na 8.^a Conferência Nacional de Saúde. Duração 42:33. Rio de Janeiro, 1986. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2013/09/palestra-de-sergio-arouca-na-8a-conferencia-nacional-de-saude/>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

AZEREDO, C. M.; COTTA, R. M. M.; SCHOTTO, M.; MAIA, T. M.; MARQUES, E. S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 03, p. 743-753, 2007.

BARBOSA, D. C. M.; MATTOS, A. T. R.; CORREA, M. H.; FARIA, M.; RIBEIRO, L. C.; SANTOS, L. L.; FERREIRA, J. B. B.; FORSTER, A. C. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 04, p. 360-366, 2016.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Manual Operacional: Ação Nacional 2011-2015**. Multiplicando a Estratégia. Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.cnmp.gov.br/portal_2015/images/MANUAL_OPERACIONAL.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2016.

BECKER, J. W.; OLIVEIRA, R. F. **Avaliação da satisfação do usuário quanto a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de uma Unidade de Saúde da Família do município de Cachoeira-BA, Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.adventista.edu.br/_imagens/pos_graduacao/files/ARTIGO_JANIANA.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BORNSTEIN, V. J; DAVID, H. M. S. L. **Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família**. Trabalho em Educação para a Saúde. Rio de Janeiro, v. 12, n. 01, p. 107-128, 2014.

BRAND, C. I.; ANTUMES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 01, p. 40-47, jan./mar. 2010.

BRASIL, E. G. M.; AMORIM, D. U.; QUEIROZ, M. V. O. Atuação do agente comunitário de saúde no cuidado ao adolescente: propostas educativas. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p. 28-35, jul./set. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 01 ago. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 3.189, de 4 de outubro de 1999.** Fixa as diretrizes para o exercício da atividade do agente comunitário de saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm>. Acesso em: 19 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 334, n. 03, p. 316-319, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002.** Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10507.htm>. Acesso em: 11 jun. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde.** Organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informação da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 648/GM, 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 Agente Comunitário de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Série Pactos pela Saúde, v. 1. Brasília, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 11.350, de 5 de outubro de 2006.** Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 19 nov. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DAB. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_acs>. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília/DF: MS, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DAB. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2009c. Disponível em: <[http:// 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf)>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRASIL. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011d. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Catálogo de Programas Federais para os municípios**. Portal Federativo. Saúde. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2012-02/estrategia_de_agentes_comunitarios_de_sade_-_eacs.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Agente comunitário de saúde**. 2012c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude>. Acesso em: 21 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 12.994, de 17 de junho de 2014, Altera a Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12994.htm#art1>. Acesso em: 27 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do sistema com coleta de dados simplificada – CDS**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Brasil. Competência: Janeiro de 2015 a Dezembro de 2015**. 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS**. 2017a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457>. Acesso em: 28 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNESNet. **Consultas profissionais – ACS**. 2017b. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>. Acesso em: 21 abr. 2017.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei (PL) 56/2017. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos**

profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. 2017c. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129611>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

CAMPOS, C. E. A. Os princípios da medicina de família e comunidade. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 08, n. 02, p. 181-190, jul./dez. 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, M. A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013.

. 2013;66(esp):158-64.

CASTRO, C. G. J. **A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o Modelo de Atenção à Saúde:** uma questão de decisão, compromisso e iniciativa. São Paulo: FSP, 1997.

CHEAVEGATTI, D. **Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da coordenadoria de saúde centro-oeste do município de São Paulo.** 2008. 140f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, p. 19-24, 2004.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 06, p. 1501-1506, 2011.

COSTA, M. A; MARGUTI, B. O. (Org.). **Atlas da Vulnerabilidade Social nos municípios brasileiros.** Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/151022_atlas_da_vulnerabilidade.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

COSTA, S. L.; CARVALHO, E. N. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012.

COTTA, R. M. M.; MARQUES, E. S.; MAIA, T. M.; AZEREDO, C. M.; SCHOTT, M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 04, out./dez. 2005.

COUTINHO, M. R. C. P. **A felicidade no trabalho**: implicações no valor da empresa e no indivíduo. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão) - Instituto Superior de Gestão. Lisboa, 2014. Disponível em:
<<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9413/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20-%20Miguel%20Coutinho.pdf>>.
Acesso em: 25 nov. 2016.

CRUZ, M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.03, p. 605-613, 2010.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 01, p. 1029-1042, 2011.

CUNHA, J. P. P; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. (Org.). **Cadernos de Saúde**: planejamento e gestão em saúde. v. 1. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. p. 12-26.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia de Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. IN: **JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**, 05., 2011. **Artigo...** São Luiz/MA, Universidade de Caxias do Sul, 2011.

FADEL, C. B.; MOURA, A. M. G.; BITTENCOURT, M. E. Visitas domiciliares no programa de agentes comunitários de saúde: a análise de um grupo de usuários do sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 02, p. 626-67, 2011.

FALLEIROS, I; LIMA, J. C. F. **Na corda bamba da sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSIV; 2010.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira.** 2005. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. **Modelo de Atenção e Saúde da Família**, Brasília, p. 43-68, 2007.

FERNANDES, A.; STEIN, A. T.; GIUGLIANI, C. Conhecimentos dos agentes comunitários de saúde sobre crack e outras drogas. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 01-10, jan./mar. 2015.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. **O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários.** Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 05, p. 1328-1333. Rio de Janeiro, 2004.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P.; GRANJA, G. F.; ERMEL, R. C. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 05, out. 2011.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Pesquisa revela: homens não procuram serviços de saúde.** 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/22251>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

GARCIA, I. F. S.; TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 15, n. 01, p. 165-178, jan./jun. 2009.

GESSER, H. C. **Cálculo Amostral.** São José (SC), 2016. Disponível em: <[proffhubert.yolasite.com/resources/Cálculo%20Amostral.xls](http://proffhubert.yolasite.com/resources/C%C3%A1lculo%20Amostral.xls)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

GIOVANELLA, L. Porta de Entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.

GOIÁS. Governo do Estado. Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. **Regional de Saúde Oeste I – Iporá.** 2012. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/page/152/regional-de-saude-oeste-i-ipora>>. Acesso em: 20 out. 2016.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 03, p. 565-574, 2007.

GOUVEIA, G. C. **Avaliação da Satisfação dos Usuários com o Sistema de Saúde Brasileiro**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Ageu Magalhães. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009gouveia-gc.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

GUANAIS-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 08, p. 2537-2546, 2016.

GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 01, p. 122-134, jul./dez. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. **Iporá**. Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=521020>>. Acesso em: 30 set. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060 / Unidades da Federação 2000-2030**. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidade Iporá/Goiás. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico**. 2008. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=521020&idtema=20&se arch=goias|ipora|pesquisa-nacional-de-saneamento-basico-2008>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

IPORÁ. Prefeitura Municipal de Iporá. Secretaria Municipal de Saúde. **Iporá é destaque com melhor IDH municipal da região oeste de Goiás.** 2016. Disponível em: <<http://www.ipora.go.gov.br/prefeitura/index.php/noticias/57-ipor%C3%A1-%C3%A9-destaque-com-o-melhor-idh-municipal-da-regi%C3%A3o-oeste-de-go%C3%A1s-e-fica-na-15%C2%AA-posi%C3%A7%C3%A3o-no-estado.html>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

JESUS, A. S.; SANTOS, F. P. A.; RODRIGUES, V. P.; NERY, A. A.; MACHADO, J. C.; COUTO, T. A. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 239-244, 2014.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 01, p. 161-169, jan./mar. 2014.

LASTE, G.; DEITOS, A.; KAUFFMANN, C.; CASTRO, L. C.; TORRES, I. L. S.; FERNANDES, L. C. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 05, maio 2012.

MACHADO, M. C.; ARAÚJO, A. C. F.; DANTAS, J. P.; LIMA, A. O. M.; LIMA, T. A. S.; SARMENTO, C. L. Territorialização como ferramenta para a prática de residentes em saúde da família: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 06, n. 11, p. 2851-2857, 2012.

MAPLINK. **Iporá.** 2016. Disponível em: <<http://maplink.com.br/Transito/GO/ipora>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MARIN, M. J. S; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-788, 2013.

MARQUES, T. C. **As atividades de agentes comunitários de saúde e a promoção do uso correto de medicamentos em unidades do Distrito de Saúde Oeste de Ribeiro Preto – SP.** 2008. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTINS, R. J; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, A. J. I.; GONÇALVES, P. R. V.; GARBIN, C. A. Relação entre a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia

Saúde da Família e o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 343-349, out./dez. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015.

MIALHE, F. L.; LEFEBRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali-quantitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4425-4432, 2011.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARAES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 05, n. 02, p. 287-310m, jul. 2007.

OLIVEIRA, A. R.; OLIVEIRA, A. E. P.; NOGUEIRA, J. A.; SÁ, L. D.; COLLET, N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 01, p. 28-30, 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Science Health**, v. 25, n. 01, p. 95-101, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conferência de Alma-Ata – 1978**. Disponível em: < <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> >. Acesso em: 27 abr. 2017.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 04, p. 766-769, out./dez. 2010.

PITASSI, T. C. C. M. **A capacitação do agente comunitário de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família**. 2015. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública) – Universidade Federal Fluminense. Volta Redonda/RJ, 2015.

PNUD. **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil**: Iporá, GO. Brasília, 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ipor%C3%A1_go>. Acesso em: 25 nov. 2016.

REMONDI, F. A.; CABRERE, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 01, p. 126-136, 2014.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. 2007. 325f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. 2009. 202f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SAMPAIO, H. A. C.; SABRY, M. O. D.; DINIZ, D. B.; SÁ, M. L. B.; CASTRO, S. M. V.; FEIJÃO, I. E. P.; BEZERRA, S. R. Consumo de frutas e hortaliças por indivíduos atendidos pelo Programa Saúde da Família na periferia da cidade de Fortaleza-Ceará. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 02, p. 175-181, abr./jun. 2010.

SANTOS, E. T. **Estratégia saúde da família**: satisfação de usuários. 2011. 133f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANTOS, K. T.; SALIBA, N. A.; MOREIRA, A. R.; CARVALHO, M. L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 01, p. 1023-1028, 2011.

SCARANTO, C. A. A.; BIAZEVIC, M. G. H.; MICHEL-CROSATO, E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. **Psicologia e Ciência**, v. 27, n. 04, p.694-705, 2007.

SHIMAZAKI, M. E. (Org.). A atenção primária à saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do plano diretor da

atenção primária à saúde. Oficina 2 e 3. Análise da atenção primária à saúde e diagnóstico local. Guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESPMG, 2009, p. 10-16.

SILVA, A. L. **Proposta de construção de indicadores de saúde para sua utilização na supervisão de saúde em família.** 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=74775&popup=1>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

SILVA, B. T.; BARBOSA, L. A.; DANTAS, T. M.; SOUZA NETO, F. C. V.; OLIVEIRA, C. C. **Dificuldades enfrentadas pelo agente comunitário de saúde: compreensão necessária para prática de enfermagem.** 2012. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I36745.E10.T5488.D6AP.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

SILVA, J. A.; DALMASO, A.S.W. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

SOUZA, E. C.; SANTANA, C. P.; CAVALCANTE, P. S.; BORTOLETTO, M. S. S.; MATHIAS, T. A. F. Classificação de famílias segundo situações de risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 01, p. 50-56, jan./mar. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco, 2002.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 03, p.965-974, 2008.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S.; SANTANA, E. M. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 07, n. 03, p. 581-589, 2002.

VIEIRA, K. M. V.; DALMORO, M. **Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam no Resultado?** XXXII EnANPAD. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EPQ-A1615.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

VIEIRA, M. L.; LACERDA, A. L. R.; VIEIRA, M. C.; MOURA, M. L. S. Características sociodemográficas e aspectos psicossociais de famílias brasileiras residentes em

capitais e cidades pequenas do interior. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul. 2011.

ZUCHINALLI, G. M. **Avaliação do serviço de saúde: o trabalho do Agente Comunitário de Saúde como condição marcadora**. 2008. 61f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC, Criciúma, 2008.

APÊNDICE A – Questionário de Pesquisa de Satisfação

Esta pesquisa objetiva analisar as atividades desenvolvidas pelo ACS na visita domiciliar, segundo a perspectiva do usuário, no município de Iporá. Ela tem finalidade exclusivamente acadêmica e os dados colhidos serão mantidos sigilosos e confidenciais, somente sendo usados para elaboração de Dissertação para o Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, na Universidade Federal de Goiás, pelo que, solicitamos sua colaboração e concordância em responder tal questionário.

Nome:	
Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino	Idade: anos (Opcional)
Total de pessoas na família:	N.º de menores:

- | | |
|--|---|
| <p>1. Você se sente satisfeito (a) recebendo o (a) Agente Comunitário em visita periódica à sua família?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Extremamente satisfeito (a) ☐ Muito satisfeito (a) ☐ Medianamente satisfeito (a) ☐ Pouco satisfeito (a) ☐ Nada satisfeito (a) | <p>2. Você considera que o (a) Agente Comunitário que o (a) visita está preparado para o trabalho que faz?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Extremamente preparado ☐ Muito preparado ☐ Medianamente preparado ☐ Pouco preparado ☐ Nada preparado |
| <p>3. Você confia no (a) Agente Comunitário de Saúde que atende a sua família?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confio Extremamente ▪ Confio Muito ▪ Confio Medianamente ▪ Confio Pouco ▪ Confio Nada | <p>4. Você está satisfeito (a) com o n.º de visitas que o (a) Agente Comunitário faz à sua residência?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extremamente satisfeito ▪ Muito satisfeito ▪ Mais ou Menos satisfeito ▪ Pouco satisfeito ▪ Nada satisfeito |
| <p>5. Você está satisfeito (a) com o tempo que o (a) Agente Comunitário dedica para a visita à sua família?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Extremamente satisfeito ▪ Muito satisfeito ▪ Mais ou menos satisfeito | <p>6. Quando alguém de sua família está com problema de saúde, você procura o (a) Agente Comunitário?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procuro sempre ▪ Procuro muito ▪ Procuro algumas vezes |

☐ Pouco satisfeito

☐ Nada satisfeito

7. Quando alguém de sua família está com problema de saúde, o ACS faz o acompanhamento do caso?

▪ Faz com máximo interesse

▪ Faz bastante

▪ Faz mais ou menos

▪ Faz pouco

▪ Não faz

☐ Procuro muito pouco

☐ Não procuro

8. Você considera que o ACS conhece, de fato, sua família, em relação à saúde de todos os membros?

▪ Conhece Plenamente

▪ Conhece Muito

▪ Conhece mais ou menos

▪ Conhece pouco

▪ Conhece nada

09 Quando o (a) ACS faz visita na sua casa, ele (a) orienta sobre alimentos que são bons para a saúde?

▪ Orienta Extremamente

▪ Orienta Muito

▪ Orienta mais ou menos

▪ Orienta pouco

▪ Orienta nada

10 Você está satisfeito (a) com as orientações do (a) ACS em relação a serviços realizados pela UBS?

▪ Extremamente satisfeito

▪ Muito satisfeito

▪ Mais ou Menos satisfeito

▪ Pouco satisfeito

▪ Nada satisfeito

11 Você considera que o ACS conhece, de fato, a sua família, em relação a outros problemas e necessidades?

▪ Conhece Extremamente

▪ Conhece Muito

▪ Conhece mais ou menos

▪ Conhece pouco

▪ Conhece nada

12 Você considera que o ACS atua para entender o seu problema e ajudar na busca de uma solução para o mesmo?

▪ Atua Extremamente

▪ Atua Muito

▪ Atua mais ou menos

▪ Atua pouco

▪ Atua em nada

13 Para você, o ACS confere se famílias que recebem Bolsa Família mantêm seus filhos frequentando a escola?

▪ Confere Extremamente

▪ Confere Muito

14 Você percebe que o ACS preocupa em verificar se os adolescentes têm problema com drogas e sexo?

▪ Preocupa Extremamente

▪ Preocupa Muito

- Confere mais ou menos
- Confere pouco
- Confere nada

- Preocupa mais ou menos
- Preocupa pouco
- Preocupa em nada

15 O ACS se preocupa em saber sobre possíveis transtornos alimentares (Obesidade, desnutrição, Anorexia)?

- Preocupa Extremamente
- Preocupa Muito
- Preocupa mais ou menos
- Preocupa pouco
- Preocupa nada

16 O ACS se preocupa em orientar a família quanto à higiene bucal e a procurar o serviço dentário?

- Preocupa Extremamente
- Preocupa Muito
- Preocupa mais ou menos
- Preocupa pouco
- Preocupa nada

17 Você percebe que o ACS se preocupa com vícios, ex: álcool, cigarro e drogas?

- Preocupa Extremamente
- Preocupa Muito
- Preocupa mais ou menos
- Preocupa pouco
- Preocupa nada

18 Você considera que o ACS está apto a orientar as famílias que têm pessoa com algum tipo de deficiência?

- Extremamente Apto
- Muito Apto
- Medianamente Apto
- Pouco Apto
- Nada Apto

19 Você considera que o ACS se mantém atento, nas visitas, para detectar violências domésticas?

- Extremamente Atento
- Muito Atento
- Medianamente Atento
- Pouco Atento
- Nada Atento

20 Durante as visitas mensais, o ACS faz uma vistoria geral para detectar possíveis criadouros de mosquito?

- Vistoria Extremamente
- Vistoria Muito
- Vistoria mais ou menos
- Vistoria pouco
- Vistoria nada

21 O Agente Comunitário de Saúde que atende sua família verifica quanto ao uso de remédios de uso continuado?

- Verifica ao Extremo

22 Você considera que o trabalho do Agente Comunitário e da equipe de saúde da família pode melhorar?

- Considero Extremamente

- | | |
|---|--|
| ☐ Verifica Muito | ☐ Considero Muito |
| ☐ Verifica Mais ou menos | ☐ Considero Mais ou Menos |
| ☐ Verifica Pouco | ☐ Considero Pouco |
| ☐ Não Verifica | ☐ Considero Nada |

23 De modo geral, você considera importante a visita do Agente Comunitário de Saúde à sua casa?

- Extremamente importante
- Muito importante
- Mais ou menos importante
- Pouco importante
- Sem importância

24 Dentre as características abaixo quais você identifica na sua ACS?

- ☐ Educação
- ☐ Gentileza
- ☐ Boa vontade
- ☐ Capacidade de Escuta
- ☐ Capacidade de entender os motivos do paciente
- ☐ Demonstra interesse

Queixas e Sugestões sobre o atendimento do Agente Comunitário de Saúde (opcional)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)

CAMPUS DE GOIÂNIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), da pesquisa intitulada “**ANÁLISE SOBRE A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS), NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO, DURANTE A VISITA DOMICILIAR**”. Meu nome é **Karita Araújo** e sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é **Saúde Coletiva**. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo que estou realizando nesta Cidade de Iporá (GO), favor assinar ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas será sua e a outra pertence à pesquisadora responsável.

Esclareço que em caso de recusa na participação, você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador (es) responsável (is), via e-mail (tatagate21@hotmail.com) e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do seguinte contato telefônico: (62) 3521-1000 (UFG). Caso ainda persista algum tipo de dúvida em relação aos seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1215.

1. Informações importantes sobre a Pesquisa

1.1. Título, justificativa e objetivo:

1.2. A Avaliação do Nível de Satisfação dos Usuários Urbanos das Unidades Básicas de Saúde, com relação ao papel do Agente Comunitário de Saúde, tem por objetivo verificar como as pessoas da Cidade de Iporá (GO) estão sendo atendidas por esses Agentes Comunitários, contribuindo ainda para o entendimento de como suas ações são realizadas, a qualidade dos serviços prestados e a importância desse profissional na promoção da saúde das famílias usuárias. Fica acertado que não haverá gravação de nenhuma conversa com o entrevistador e nem qualquer filmagem do entrevistado.

1.3. Os dados obtidos serão usados, exclusivamente, para fins acadêmicos, não sendo divulgado o nome de qualquer pessoa que responda às perguntas do questionário. Como benefício dessa pesquisa, deverão ser identificadas as dificuldades e facilidades na prestação do serviço do ACS, que servirão para aprimorar o serviço prestado.

1.4. Caso o entrevistado, a qualquer tempo, queira sanar alguma dúvida com relação à pesquisa ou obter outra informação sobre a mesma, pode entrar em contato direto com os telefones (62) 3521-1000 ou (62) 3521-1215.

1.5. A participação nesta pesquisa não dará direito ao entrevistado de receber qualquer pagamento ou gratificação em dinheiro ou por outro meio, sendo, portanto, exclusivamente voluntária, com o objetivo de ajudar no estudo.

1.6. O (a) Entrevistado (a) tem total garantia de que seu nome e outros dados pessoais serão mantidos em total sigilo e confidencialidade.

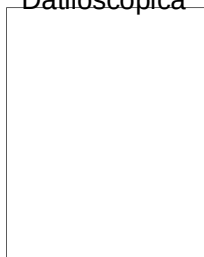
- 1.7. O (a) Entrevistado (a) tem assegurado seu direito de, a qualquer momento, se recusar a participar e retirar o seu consentimento, sem qualquer tipo de penalização ou de falta de atendimento pelos serviços de saúde requeridos.
- 1.8. Caso se sinta prejudicado (a) pela pesquisa, o entrevistado tem o direito de pleitear reparação de eventual dano, devidamente comprovado.

1.2. Consentimento da participação da pessoa como sujeito da Pesquisa

Eu,, inscrito(a) sob o () RG () CPF n.ºde prontuário n.ºde matrícula n.º, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “**Avaliação do nível de satisfação dos usuários urbanos das Unidades Básicas de Saúde com relação ao papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS)**”. Informo ter mais de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado (a) e esclarecido (a), pela pesquisadora responsável **Karita Araújo** sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Iporá (GO), de de

Assinatura
Datiloscópica



Assinatura por extenso do (a) participante

Assinatura de Testemunha

Assinatura de Testemunha

APÊNDICE C – Planilha com cálculo de tamanho da amostra

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											

DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA (n)

Populações finitas com proporção conhecida

$$n = \frac{(N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1-p))}{(e^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot (1-p))}$$

Onde: n = Tamanho da amostra
 N = Tamanho da População
 z = Nível de confiança expresso em desvio padrão (95%) = 1,96
 e = Erro Amostral Tolerável expresso em proporção (exemplo: 0,05)
 p = Proporção do evento na População (prevalência de uma doença)

Indicar os valores abaixo	Resultado
z = 1,96	n = 379 (tamanho da amostra)
Proporção = 0,5	
N = 29318	
e = 0,05	

Prof. Hubert Chamone Gesser, Dr.

APÊNDICE D – Cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach

Entrav.	Respostas do Questionário																												k=40	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
2	1	1	1	1	2	4	3	1	2	2	5	2	2	2	1	1	2	5	2	3	3	1	1	1	2	2	2	2		
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1		
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
5	2	3	2	3	2	5	3	2	2	4	4	3	5	2	2	4	3	3	2	5	3	2	4	1	2	1	1	1		
6	1	1	1	1	1	4	1	5	1	5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
7	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	5	1		
8	2	2	2	2	3	2	2	2	2	4	2	2	5	5	2	4	2	2	2	4	3	2	4	1	2	3	1	1		
9	2	1	1	2	2	3	1	1	1	5	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1		
10	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	5	5	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1		
11	1	1	2	1	2	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	5	2	1	1	1		
12	1	2	3	3	2	3	2	2	3	5	5	3	3	3	2	3	2	5	2	5	2	5	2	5	5	2	2	1	4	
13	2	1	1	1	2	4	4	2	3	4	2	2	5	3	1	4	1	2	2	2	2	2	5	2	2	2	1	1		
14	1	1	1	2	2	5	3	2	2	5	5	2	5	5	2	4	2	5	4	5	2	2	5	1	2	2	1	1		
15	2	2	1	2	2	4	2	1	1	5	4	3	5	5	3	5	1	2	2	5	2	3	5	1	1	2	1	1		
16	2	2	3	3	3	5	4	3	3	5	2	2	5	5	2	3	2	2	2	4	4	4	5	1	1	5	1	1		
17	1	2	1	2	2	3	2	2	2	5	4	2	5	5	2	4	2	2	2	5	2	2	5	2	1	1	1	1		
18	2	1	2	2	2	5	5	2	5	4	1	1	4	4	1	5	3	3	3	3	3	4	4	5	1	1	1	1		
19	1	1	1	1	1	2	2	1	1	5	1	1	1	1	2	3	1	2	1	5	1	2	5	1	1	2	1	1		
20	4	4	2	5	4	5	5	2	3	3	5	3	4	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	5	1	2		
21	4	3	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	1		
22	2	2	2	2	1	3	3	2	3	5	2	2	5	5	2	4	2	2	4	4	2	2	5	1	2	2	1	1		
23	3	2	3	4	3	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
24	1	1	1	1	1	1	1	1	3	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1		
25	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	1		
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	3	3	3	1	1		
27	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	5	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	5	1	1	1	1		
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	3	3	4	1	1	1	1	1		
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1		
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	3	3	3	3	3	2	2	1	1		
40	5	5	3	4	4	5	5	4	5	1	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	5	4	2	4	4	1	5	1		
Suma	60	60	58	65	65	88	88	60	74	88	86	64	99	91	67	92	77	84	78	98	88	83	88	86	64	73	58	51	235,53	VARIÂNCIA DOS TOTAIS
Varianci	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	44,58	SOMA DAS VARIÂNCIAS INDIVIDUAIS
Derivim P	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	88	88	88	0,83	Alfa de Cronbach encontrado

1

1

1

1

1

1

1

1

1

3

1

1

1

1

1

1

2

2

1

1

4

4

1

5

64

73

58

51

235,53

VARIÂNCIA DOS TOTAIS

##

##

##

##

44,58

SOMA DAS VARIÂNCIAS INDIVIDUAIS

1

##

##

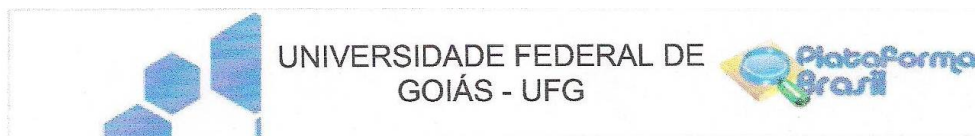
##

0,83

Alfa de Cronbach encontrado

1	1	1	1		
1	1	1	1		
1	3	1	1		
1	1	1	1		
2	2	1	1		
4	4	1	5		
64	73	58	51	235,53	VARIÂNCIA DOS TOTAIS
88	88	88	88	44,58	SOMA DAS VARIÂNCIAS INDIVIDUAIS
1	88	88	88	0,83	Alfa de Cronbach encontrado

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética da UFG para realização do estudo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS URBANOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM RELAÇÃO AO PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) EM UM MUNICÍPIO GOIANO.

Pesquisador: Karita Silva Araujo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58149416.8.0000.5083

Instituição Proponente: NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.702.580

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS URBANOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM RELAÇÃO AO PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) EM UM MUNICÍPIO GOIANO. Pesquisadora Responsável: Karita Silva Araujo. N.CAAE: 58149416.8.0000.5083. Instituição Proponente: NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA.

Esta pesquisa busca avaliar a percepção da Comunidade com relação ao cumprimento das atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para a visita domiciliar, a serem desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), serão avaliados os aspectos referentes a verificação quanto aos cuidados básicos com a saúde de crianças e adolescentes, os cuidados com a saúde dos adultos, incluindo problemas mentais, deficiências e doenças crônicas, a existência e prevenção de doenças transmitidas por vetores, tais como o mosquito da dengue, casos de violência doméstica e sua prevenção e outros aspectos do trabalho do ACS preconizados pelo Ministério da Saúde, bem como compreender e analisar o trabalho do ACS e identificar o vínculo do ACS com a população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar percepção da Comunidade com relação ao cumprimento das atribuições previstas na

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

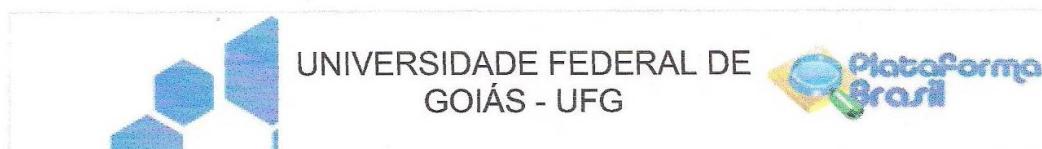
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.702.580

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para a visita domiciliar, a serem desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Objetivo Secundário:

- a) Verificar a satisfação dos usuários urbanos da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município goiano, acerca da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante a visita domiciliar.
- b) Avaliar se as necessidades da população estão sendo identificadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- c) Compreender e analisar o trabalho do ACS na comunidade.
- d) Identificar o vínculo da população atendida com o ACS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Relatam que:

"Este estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo, de acordo com a Resolução n. 406/12 do CNS, relativa à pesquisa em seres humanos.

Benefícios:

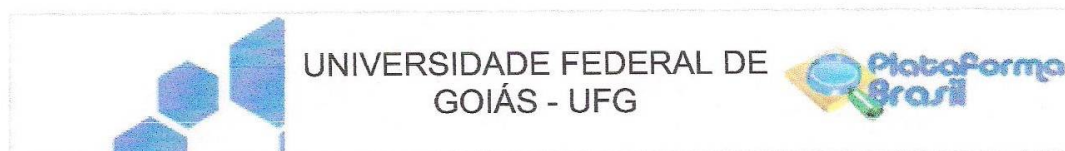
Gerar informações que possa subsidiar o município para as ações de educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Coleta de dados: outubro de 2016. O que se espera, ao final do tratamento dos dados da pesquisa, é conhecer a Satisfação do Usuário das Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Município de Iporá com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), durante a visita domiciliar. Trata-se de um estudo exploratório descritivo do tipo transversal com abordagem quantitativa, será utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário que aborda itens previstos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, do Ministério da Saúde (2009) e em outros documentos afins, que sejam relevantes para estabelecer a satisfação dos usuários das UBS com o trabalho desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A população de estudo terá uma amostra de 380 usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da área urbana do município de Iporá (GO) atendidos pelos ACS que tenham recebido no mínimo 10 visitas domiciliares no ano de 2015, tenham mais de 18 anos, assinem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sejam responsáveis por seus atos. O que se espera, ao final do tratamento dos dados da pesquisa, é conhecer a Satisfação do Usuário das Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Município de Iporá com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), durante a visita domiciliar.

Critério de Inclusão:

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.702.580

Famílias que receberam visitas regulares de Agentes Comunitários de Saúde no ano de 2015, em número não inferior a 10 visitas nos últimos 12 meses. Ter mais de 18 anos não necessitando ser o responsável pela casa, desde que more na mesma.

Critério de Exclusão:

Aquela que não tenha condições para responder ao questionário pelos seguintes fatores: não saber ler, possuam alguma deficiência mental ou não sejam responsáveis por seus atos. Esta pessoa deverá ser excluída da pesquisa e substituída por outra, utilizando-se do mesmo critério inicial de escolha.

Orçamento de 2380,00.

Relatam que "o questionário a ser aplicado abordará itens previstos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, do Ministério da Saúde (2009) e em outros documentos afins, que sejam relevantes para estabelecer a satisfação dos usuários das UBS com o trabalho desempenhado pelos ACS. Quanto às atribuições do ACS, a pesquisa se baseia nos seguintes itens da PNAB: a) desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; b) Contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; c) orientação às famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis; d) desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco. Compreende-se como necessidades da população neste trabalho: a) orientações sobre os serviços realizados; b) se o ACS conhece de fato a família do usuário; c) se o ACS busca entender os problemas do usuário e apresenta soluções para os mesmos; d) se o ACS orienta a família sobre o serviço dentário; e) se o ACS procura se informar quanto ao uso de medicações de uso contínuo por membro da família. Ainda na procura por identificar o grau de satisfação dos usuários quanto ao trabalho realizado pelo ACS, a estes será questionado sobre a satisfação em relação às visitas periódicas feitas pelo ACS; se, em sua percepção, o ACS está, de fato, preparado para o trabalho comunitário que desenvolve; se o número de visitas recebidas e o tempo dedicado nas visitas são considerados adequados e também sobre sugestão de possíveis melhorias no atendimento. Visando identificar o vínculo do ACS com a população atendida, esta pesquisa procurou identificar o grau de confiança que o usuário tem em relação ao ACS que o visita, indagando ao pesquisado

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

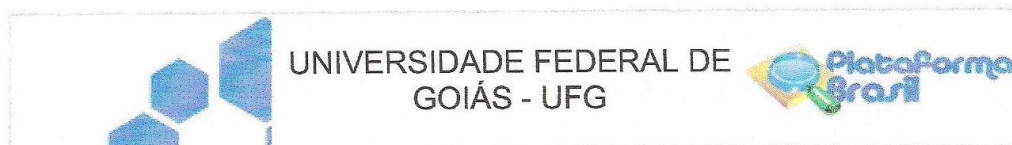
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.702.580

se este procura o ACS quando apresenta problemas de saúde; sobre a importância do ACS na comunidade, no acompanhamento ao domicílio e a percepção sobre comportamento do ACS durante as visitas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto devidamente assinada. Cronograma adequado. Orçamento próprio de 2.380,00. Termo de Compromisso devidamente assinado. Apresentam o Termo de Anuência da Secretaria de Saúde de Iporá. O TCLE apresenta o direito ao sigilo do participante, está em linguagem clara ao entendimento do que se pretende estudar. Relatam no TCLE que "Esta pesquisa não acarreta nenhum custo para o participante e o mesmo não será identificado no trabalho."

O TCLE não garante o direito à indenização em caso de danos advindos da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Deverá ser incluído no TCLE o direito à indenização em caso de danos advindos da pesquisa.
- Deverá ser mantido em sigilo, também, a identificação dos Agentes Comunitários de Saúde, bem como da especificação da área de atuação.

Após análise dos documentos postados somos favoráveis à aprovação do presente protocolo de pesquisa, smj deste comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para dezembro de 2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 765864.pdf	27/07/2016 17:09:47		Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

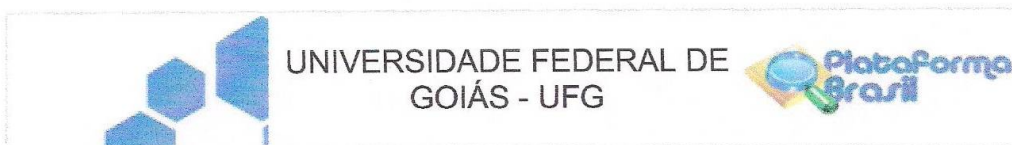
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.702.580

Orçamento	Orcamento.docx	27/07/2016 17:08:06	Karita Silva Araujo	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	27/07/2016 17:07:50	Karita Silva Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	participantes.pdf	27/07/2016 17:05:56	Karita Silva Araujo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	27/07/2016 17:05:15	Karita Silva Araujo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/07/2016 17:04:38	Karita Silva Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	27/07/2016 17:00:03	Karita Silva Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/07/2016 16:59:39	Karita Silva Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 30 de Agosto de 2016

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO B – Autorização da Secretaria de Saúde para realização do estudo



A Capital do Oeste de Goiás

PREFEITURA DE IPORÁ

RUA SÃO JOSÉ N° 11 - CENTRO - CEP 76.200-000 - FONE: (64) 3503-7200 - IPORÁ - GO

CNPJ: 07.861.703/0001-53

TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Iporá está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do nível de satisfação dos usuários urbanos das Unidades Básicas de Saúde com relação ao papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS)" coordenado pela pesquisadora *Kárita Silva Araújo*, desenvolvido na Universidade Federal de Goiás.

A Secretaria Municipal de Saúde de Iporá assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de 05/2016 até 10/2016.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado.

Iporá, 08 de junho de 2016

Daniela Sallum
Secretária de Saúde Iporá

Dra. Daniela Sallum
Secretária Mun. de Saúde
Doutora nº 007/2013