

ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ÀS PESSOAS DEPENDENTES DE CUIDADOS DECORRENTES DA DOENÇA CRÔNICA

Rafaela Ghiraldi Rocha*
Hayzza Juliana Lopes Velasco**
Anderson da Silva Rêgo***
Marcelle Paiano****
Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic*****
Maria Aparecida Salci*****

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer as ações em saúde realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde às famílias de pessoas dependentes de cuidados. O estudo é de natureza qualitativa, realizado com 21 profissionais que integram equipes da Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte, localizado na região noroeste do estado do Paraná. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista semi-estruturada que foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática. Evidenciou-se facilidades relacionadas ao vínculo criado com as famílias assistidas, a à equidade da assistência e a à receptividade dos usuários ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Apontou-se Foram apontadas dificuldades na assistência, como baixa escolaridade, medo causado pela presença de drogadição nas áreas de abrangência e sobrecarga de trabalho. Na questão organizacional, a ineficiência dos serviços especializados, falta de transporte para as visitas e de materiais necessários para a rotina de trabalho foram considerados como fatores que impedem a realização de uma assistência mais adequada. Conclui-se que os Agentes Comunitários de Saúde, que acompanham as famílias de pessoas dependentes de cuidado, têm seu trabalho interferido negativamente pelas dificuldades encontradas no dia a dia, as quais necessitam ser improvisadas cotidianamente para que a assistência seja prestada.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde. Educação em saúde. Atenção primária à saúde. Doença crônica. Família.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compõem um grupo de morbidades, que apresentam características particulares, podendo ter início gradual, com duração longa ou incerta, as quais possuem múltiplas causas e em geral, os tratamentos envolvem mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo⁽¹⁾. A elevada causa de morbimortalidade pelas DCNT tem sido tema de intenso debate nacional e internacional, principalmente, pela carga que essas doenças provocam ao sistema de saúde de todos os países, conferindo um grande desafio aos gestores⁽¹⁻³⁾.

No Brasil, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento das DCNT, mesmo com o Sistema Único de Saúde (SUS) gratuito, universal, que visa a integralidade e a equidade em seus primórdios, demandam um alto custo individual devido às intercorrências, o que contribui para o aumento dos custos pessoais com o tratamento, gerando impacto

socioeconômico nas famílias⁽⁴⁾.

Ademais, nos últimos anos, ocorreu uma importante expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), devido à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que surgiu com objetivo de superação do modelo centrado na cura de doenças e no cuidado médico individualizado. A ESF almeja promover a saúde por meio de ações básicas que possibilitem a incorporação de procedimentos programáticos de forma mais abrangente, centrados na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação mais acurada e melhor acompanhamento dos indivíduos, com atividades de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e manutenção da saúde da comunidade adstrita^(5,6).

Atualmente, o Brasil conta com aproximadamente 41.238 equipes da ESF, formadas por profissionais médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

* Enfermeira. Residente, Programa de Residência em Gerência dos Serviços de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina (PR), Brasil. E-mail: rafaela.gr_@hotmail.com. ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-9299-3422>

**Enfermeira. Santa Casa de Misericórdia. Maringá (PR), Brasil. E-mail: hayzza_juliana@hotmail.com. ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-8559-4589>

***Enfermeiro, Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil. E-mail: anderson.dsre@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0988-5728>

****Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação / Pós-Graduação em Enfermagem da UEM, Maringá (PR), Brasil. E-mail: mpaiano@uem.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7597-784X>

*****Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Graduação / Pós-Graduação em Enfermagem da UEM, Maringá (PR), Brasil. E-mail: kikanovic2010@hotmail.com. ORCID:<http://orcid.org/0000-0001-9825-3062>

*****Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação / Pós-Graduação em Enfermagem da UEM, Maringá (PR), Brasil. E-mail: masalci@uem.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6386-1962>

que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto às comunidades⁽⁶⁾. Apesar dos ACS se constituírem em um número ainda distante do desejado, cerca de 263 mil profissionais desempenham suas funções em todo Brasil e destaca-se sua expressiva importância para o aumento do acesso aos serviços básicos de saúde, por potencializar a produção de vínculo com a comunidade e os usuários desses serviços, produzindo e auxiliando na mudança de enfoque para a construção de um novo modelo de atenção à saúde^(7,8).

No que concerne à atuação do ACS frente às famílias que vivenciam o cuidado ao membro familiar com dependência de cuidado decorrente de complicações das DCNT, suas atividades necessitam ser evidenciadas para que novas estratégias assistenciais possam ser criadas ou aprimoradas em busca de melhor atendimento. Considerando seus aspectos mais marcantes, principalmente, no exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, em ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, o ACS atua na produção do cuidado, sendo transmissor das informações em saúde que acontece com as famílias⁽⁶⁾.

O trabalho do ACS também proporciona familiaridade com a vivência, o que dificilmente seria compartilhado com os outros membros que constituem a equipe da ESF. Nesse contexto, essa aproximação permite o acolhimento e a escuta das necessidades de saúde das pessoas, com atuação do ACS como educador em saúde e corresponsável pela produção do cuidado no aspecto individual e no contexto social comunitário⁽⁹⁾.

As práticas de cuidado devem conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde - doença da família, influenciando as formas de cuidar⁽¹⁰⁾.

Na literatura encontra-se estudos que abordam a atuação dos ACS frente as suas obrigações enquanto profissional integrante das equipes da ESF, no entanto, esbarra-se na questão de famílias que vivenciam o cuidado a um familiar que necessita de cuidado⁽¹⁰⁾. Neste contexto, este estudo objetiva conhecer as ações em saúde realizadas pelos ACS às famílias de pessoas dependentes de cuidados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em um município de pequeno porte, localizado no noroeste do estado do Paraná, que possui, atualmente, uma população de aproximadamente 35 mil habitantes. No que se refere à infraestrutura da APS, este município possui nove UBS e sete equipes da ESF, que oferecem cobertura a 24.150 habitantes⁽¹¹⁾.

Os participantes do estudo foram os ACS que integram as equipes da ESF do Município de referência, que no período da coleta de dados, eram 55 profissionais, perfazendo a cobertura populacional de 95,31%⁽¹¹⁾. A seleção dos informantes se deu pelo processo de amostragem intencional. Os profissionais foram convidados pessoalmente pelos pesquisadores e orientados quanto a participação voluntária e que atendessem os critérios de inclusão, que foram: ter mais de um ano de trabalho na função e atuar em área urbana. Foram excluídos aqueles com menos de um ano de atuação como ACS e os que atendiam em áreas rurais.

Fizeram parte do estudo 21 ACS. Após a seleção dos participantes, foram agendadas entrevistas individuais no local de trabalho, respeitando as disponibilidades de agenda, em dia e horário adequado. A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro a novembro de 2016, por meio de entrevistas abertas e gravadas em dispositivos eletrônicos de áudio, após o consentimento dos participantes, com duração média de 40 minutos.

As entrevistas foram norteadas pela seguinte questão inicial: Como é para você acompanhar as pessoas e famílias dependentes de cuidados devido a uma DCNT? Para alcançar o objetivo do estudo, foram realizadas outras questões: Como você acompanha as pessoas adultas e idosas que vivenciam a DCNT que são dependentes de cuidados, devido a essa condição? Como é a sua rotina de acompanhamento às pessoas adultas e idosas dependentes de cuidados decorrentes das DCNT? Relate as dificuldades desse trabalho, para você.

Ainda, para amparar a coleta de dados, utilizou-se um diário de pesquisa, no qual ao fim de cada entrevista, foram anotados aspectos que não puderem ser captados pela gravação de áudio, insights do pesquisador e outras informações relevantes para a análise. Para a coleta dos dados sociodemográficos, foram realizadas perguntas pontuais, por meio de questionário elaborado pelos pesquisadores, como: idade, sexo, escolaridade, tempo de atuação nos serviços de saúde.

A composição dos dados do estudo resultou em 190 laudas de documento Word® e a organização se deu

pela análise de conteúdo, modalidade temática. Em termos operacionais, a análise seguiu os dois primeiros passos: estabelecimento do Corpus e preparação do material⁽¹²⁾. Por conseguinte, os pesquisadores realizaram inferências e interpretações guiadas pelo acervo teórico, em que se buscou o alinhamento coletivo para encontrar a lógica que estrutura o discurso do indivíduo, o estilo e os elementos atípicos⁽¹²⁾.

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes determinadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pela secretaria municipal de saúde posteriormente a aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer de nº 1.666.364. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido dos participantes, em duas vias. Para manter anonimato dos entrevistados, foram utilizados números sequenciais para a identificação individual de cada ACS.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes do estudo: ACS

Participaram do estudo 21 ACS, dos quais 20 eram do sexo feminino, oito possuíam o Ensino Médio Completo. A idade variou de 22 a 57 anos e o tempo de atuação na função variou entre um a seis anos, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde. Paraná, Brasil, 2016

ACS	Sexo	Idade	Escolaridade	Tempo de atuação
1	Feminino	25	Ensino Superior Incompleto	1 ano
2	Feminino	38	Ensino Médio Completo	3 anos
3	Feminino	42	Ensino Médio Completo	5 anos
4	Feminino	57	Ensino Fundamental Completo	2 anos
5	Feminino	28	Ensino Superior Completo	1 ano
6	Feminino	39	Ensino Superior Incompleto	4 anos
7	Feminino	43	Ensino Fundamental Completo	5 anos
8	Feminino	47	Ensino Fundamental Completo	3 anos
9	Feminino	35	Ensino Médio Completo	2 anos
10	Feminino	55	Ensino Fundamental Completo	6 anos
11	Masculino	53	Ensino Fundamental Completo	3 anos
12	Feminino	23	Ensino Superior Incompleto	1 ano
13	Feminino	36	Ensino Médio Completo	1 ano
14	Feminino	22	Ensino Superior Incompleto	1 ano
15	Feminino	45	Ensino Fundamental Completo	3 anos
16	Feminino	48	Educação Continuada	3 anos
17	Feminino	32	Ensino Médio Completo	2 anos
18	Feminino	35	Ensino Médio Completo	1 ano
19	Feminino	33	Ensino Médio Completo	4 anos
20	Feminino	27	Ensino Médio Completo	2 anos
21	Feminino	24	Ensino Superior Incompleto	1 ano

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Para a apresentação dos resultados, após a caracterização dos ACS, os dados resultantes da análise foram apresentados em duas categorias: “Atuação dos ACS às pessoas dependentes de cuidados” e “Dificuldades dos ACS na atenção às pessoas dependentes de cuidados”.

Atuação dos ACS às pessoas dependentes de cuidados

De acordo com os participantes do estudo, a principal atividade de planejamento realizada por todas as equipes da ESF às pessoas dependentes de cuidados era a realização de visita domiciliar (VD) mensal. Reconheceram que esse planejamento era efetuado para

todas as famílias da sua área de abrangência, não existindo uma organização específica para as pessoas dependentes de cuidados, observados no relato a seguir:

Pelo menos uma vez por mês, no mínimo, temos que fazer uma visita domiciliar para todos os pacientes de nossa área de cobertura [...] (ACS-13).

Na verdade, a gente tem que fazer visita da área toda, 100%, uma vez por mês [...] (ACS-02).

Entretanto, em suas agendas individuais, alguns ACS adequavam sua rotina de trabalho e realizam VD com maior frequência aos pacientes que mais necessitavam. Porém, essa adequação era definida pelo ACS em conjunto com os demais profissionais da equipe, os quais não seguiam protocolo específico, mas

havia flexibilidade para atenderem as demandas do serviço e as necessidades das pessoas, como referido:

Quando precisa, a gente tenta passar uma vez por semana ou dia sim, dia não. Conforme eles pedem ou a enfermeira pede para a gente ir [...] (ACS-14).

[...] no caso de pessoas que possuem doença crônica ou que são acamadas, a gente acaba indo mais vezes. A gente passa ou eles ligam para a gente quando precisam de alguma coisa, como material para curativo, medicamentos [...] (ACS-20).

Durante as visitas domiciliares, as atividades realizadas pelo ACS eram variadas, como entrega de material para curativo, acompanhamento de possíveis alterações da pressão arterial e atenção maior para cuidados com o uso das medicações, no intuito de verificarem se as pessoas estão fazendo o uso corretamente. Estas ações, exercidas nas VD, oportunizavam a comunicação entre o ACS e os outros profissionais de saúde envolvidos no cuidado e, conseqüentemente, os ACS eram orientados sobre as informações necessárias referentes ao uso dos serviços de saúde.

Se tiver que ir à casa por algum outro motivo, para uma aferição de pressão, a gente tem que voltar, ou para acompanhar o médico ou a enfermeira [...] porque se for gestante, criança ou acamado, a gente tem que passar mais vezes (ACS-01).

O acompanhamento é feito uma vez ao mês. O paciente que tem mais necessidade a gente acaba voltando uma vez por semana ou de quinze em quinze dias. As necessidades seriam: curativos, um agravamento do quadro clínico e uso de medicação (ACS-09).

A gente vai à casa deles, perguntamos se está tomando a medicação certa, se estão medindo a glicose. Quem não pode vir aqui buscar, o médico passa a receita e a gente leva para eles [...] (ACS-12).

Têm pacientes que são idosos e não sabem ler, é difícil para eles tomar a medicação. Então, a gente faz tabelinhas ou uns horários para eles estarem lembrando de tomar. Inclusive nesses nós passamos com mais frequência na casa para ver se estão tomando a medicação certinha [...] (ACS-03).

Além disso, os ACS também acompanhavam os demais profissionais da ESF em caso de realização de VD para procedimentos, como os curativos, aferição de pressão arterial, glicemia capilar e consultas regulares.

A gente leva receita [...] às vezes, um curativo ou uma lesão que está saindo, a gente passa para as meninas e leva elas. Nós vamos junto fazer essa parte de cuidado e orientação da família (ACS-17).

Eu sempre levo a auxiliar para verificar a pressão, realizar as orientações sobre os remédios e os cuidados (ACS-06).

No acompanhamento às famílias que cuidam do familiar dependente de cuidados decorrente das DCNT, os ACS referiram que o vínculo desenvolvido com os usuários era um aspecto que trazia satisfação no desenvolvimento de seus trabalhos. Sendo este considerado fundamental para o acesso facilitado, no sentido de receptividade da comunidade ao trabalho que realizam, bem como, para a aceitação da assistência prestada.

Eu conheço a maioria das pessoas [...] tenho facilidade para entrar nas casas, converso com a maioria dos pacientes. Às vezes, estou passando na rua, paro para conversar e acabo fazendo visita ali mesmo (ACS-3).

Eles atendem bem a gente, não tem aquela resistência, gostam de receber visitas. Isso é bem bacana! (ACS-19).

Dificuldades dos ACS na atenção às pessoas dependentes de cuidados

As dificuldades relatadas para a realização de suas atividades foi o fato de que os familiares esperam que o trabalho exercido pelo ACS atenda todas as necessidades do usuário, como por exemplo, a responsabilização pela busca e entrega de receitas, de medicamentos e resultados de exames. Além disso, havia uma cobrança por parte dos familiares em relação ao serviço prestado pelos ACS, impondo responsabilidades que, na maioria das vezes, não eram cabíveis a estes profissionais.

Tem parente que não liga para a pessoa doente, que não está nem aí, aí a gente tem que fazer. Não vou deixar morrer, não vou deixar sem medicação! Então, a gente faz (ACS-13).

A maior dificuldade que eu tenho é que os filhos não se responsabilizam. Eu fico esperando e ninguém vem [...]. Às vezes, o filho mora na frente, mas não se responsabiliza, fica esperando por nós (ACS-18).

O fato de algumas famílias não os receberem em suas casas, também era visto por alguns ACS como uma dificuldade na execução de seu trabalho, pois ficavam sem condições de acompanhar essas pessoas.

[...] a gente chega lá e às vezes a família não entende. A gente quer o melhor da pessoa, a família tem que ir buscar também e daí ficam naquela angústia de esperar por aquela parceria (ACS-02).

Outra dificuldade apresentada pelos entrevistados foi o analfabetismo de alguns usuários e cuidadores, que impossibilitava o autocuidado, demandando maior

atenção dos profissionais envolvidos.

Muitas pessoas que cuidam desses acamados, não sabem ler e escrever. Então, depende mais da minha atenção. Por que eu preciso ir lá arrumar a caixinha com a receita, e eu não tenho todo esse tempo [...] (ACS-17).

Ainda como dificuldade para a realização de suas funções junto às famílias de pessoas dependentes de cuidados, os ACS apontaram a existência de falhas na dinâmica desenvolvida pela equipe multidisciplinar. Estas fragilidades estavam relacionadas a ausências ou falta de comprometimento de outros profissionais da equipe com esses usuários. Além, da rotatividade do profissional médico na equipe, o que era visto pelos ACS como uma dificuldade na formação do vínculo, que acabava repercutindo na qualidade da assistência oferecida.

[...] depende dos enfermeiros, dos médicos. Aqui não para médico, não cria vínculo, e é um ponto negativo que acaba atrapalhando o serviço (ACS-7).

Às vezes, tem que medir pressão e a enfermeira não pode ir. Não adianta eu fazer a minha parte se a equipe não ajudar, porque eu não posso medir pressão ou verificar a diabetes (ACS-15).

[...] acho que o acompanhamento deveria ser melhor, mas assim, acho que deveria ter mais atenção dos médicos da ESF, porque os pacientes acamados exigem mais atenção [...] (ACS-19).

Outro aspecto considerado como uma dificuldade nessa atuação era a ineficiência dos serviços especializados. Essa condição gerava baixa resolutividade e sentimentos de incapacidade e frustração por parte dos ACS, já que eles se sentiam responsáveis pelo cuidado e pelo acompanhamento dos usuários.

Tem coisas que não estão ao nosso alcance. E eu acho isso uma dificuldade. É difícil... E alguns são recursos que não depende da gente, como o caso das consultas especializadas. Demora, não tem, e às vezes fica ruim para a gente, a família não entende (ACS-2).

Por ser um serviço que depende de outras pessoas, você não consegue resolver tudo. Eu vou à casa do paciente e passo o problema para a equipe. Mas quando não tem solução, eu fico como se não tivesse feito nada. E, não é tudo que nós conseguimos resolver. Mas, eu fico chateada (ACS-17).

Além disso, foi pontuada a falta de transporte adequado, visto que o acesso em algumas áreas de abrangência era difícil devido à distância que tinha que ser percorrida a pé por esses profissionais

O deslocamento não é fácil. A minha área não é perto. É dificultoso pela distância, acho que é a maior dificuldade [...] (ACS-3).

Em dia de chuva, vamos um pouco mais tarde, e se a gente não consegue carro, vamos com nosso próprio carro [...] (ACS-3).

A presença de pessoas usuárias de droga nas áreas de abrangência foi apontada como um fator significativo que dificulta o trabalho dos ACS, pois gerava medo e insegurança nesses profissionais, ao trafegarem pelas ruas do bairro, como expresso nos depoimentos:

Tem bastante caso de droga no bairro. Aí é mais difícil, por que a gente corre risco de vida (ACS-5).

[...] tem uns pacientes que ficam onde tem bastante droga, aí a gente fica com medo de fazer visitas sozinhas (ACS-14).

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados neste estudo apontam a flexibilização das ações de serviços desempenhadas pelos ACS, que não possuem protocolos de atendimento, mas se organizam de maneira a atender os usuários de acordo com a demanda. A Política Nacional de Atenção Básica⁽⁶⁾ preconiza que todos os ACS devem realizar VD às famílias de sua área de abrangência, por no mínimo, uma vez por mês. A ESF estabelece a atenção domiciliar à saúde com o intuito de assistir àqueles que necessitam de cuidados contínuos, o que também funciona como instrumento de diagnóstico local, permitindo a programação das ações a partir da realidade, de forma equânime, possibilitando a equidade no cuidado⁽¹³⁾.

Nesse aspecto, observa-se a importância do ACS em identificar necessidades e demandas em saúde da população, por ser o principal intermediador entre os serviços de saúde e os usuários. Não obstante, o ACS potencializa a integralidade do cuidado, reforçando a adesão e permitindo a construção do vínculo a partir da escuta e de orientação as pessoas atendidas⁽¹⁴⁾.

Entretanto, observa-se nesse estudo, que a função dos ACS vai além daquelas que lhes são atribuídas. Demonstraram ter grande responsabilidade sobre as famílias assistidas, pois os consideram corresponsáveis pelas famílias, como consequência da criação do vínculo, e por causa desta relação, os usuários encontram no ACS um canal de comunicação com o serviço de saúde, dirigindo-se a ele para realizar reclamações, buscar informações ou resolução de situações.

Esta condição em que o ACS se encontra, demanda a ele a realização de vários papéis, o que justifica ainda mais o sentimento de compromisso destes profissionais para com a população. A criação do vínculo entre ACS e familiares de pessoas dependentes de cuidado permite ao ACS levantar informações que dificilmente seriam relatadas a outros profissionais da equipe⁽⁹⁾. Entretanto, esta relação também traz sobrecarga aos ACS, como cobranças por atribuições que não são de responsabilidade da categoria profissional.

As VD permitem conhecer as condições de vida, a habitação das famílias, as relações no ambiente doméstico, as condições de saúde e aproximam os usuários do serviço de saúde, o que pode facilitar o planejamento e o direcionamento das ações visando a promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado, considerando a realidade de vida das pessoas, suas necessidades e limites, bem como a integração do olhar da equipe multiprofissional. As VD realizadas por diversos tipos de profissionais de saúde permitem a integração de saberes frente às diversas realidades locais, o que possibilita um atendimento individual e de qualidade⁽¹³⁾.

Além disso, a VD é uma importante ferramenta para investigação das condições de saúde e das necessidades de orientações, como por exemplo, o tratamento medicamentoso, que foi relatado pelos entrevistados como uma dificuldade na realização do cuidado. A importância do ACS em verificar o correto uso de medicações torna-se relevante para a prevenção de eventos adversos e a maior aderência ao plano terapêutico. Em estudo realizado no Rio de Janeiro, 22,5% dos entrevistados deixavam de tomar suas medicações e 38% não solicitavam orientações aos profissionais de saúde⁽¹⁵⁾. Dessa forma, aponta-se a relevância do ACS como educador em saúde por ser o membro da equipe imerso no saber popular, amparado pelo conhecimento científico e inserindo a equipe multidisciplinar no cuidado, de acordo com as necessidades em saúde da população⁽¹⁶⁾.

Salienta-se que apesar dos pontos positivos da criação do vínculo entre ACS e os usuários dos serviços de saúde, como facilitador do diálogo, a comunidade encontra neles uma forma de cobrar determinados atendimentos que não fazem parte da sua função, muitas vezes colocando o agente em uma situação abusiva, o qual acaba por fazer o que seria tarefa da própria família⁽¹⁷⁾.

Da mesma forma, estudo⁽¹⁸⁾ realizado com ACS em Santa Catarina, evidenciou que as famílias

expressavam confiança no ACS, por causa do respeito e aproximação exercidos na assistência domiciliar, aumentando ainda mais o vínculo. Entretanto, a vida dos profissionais acaba sendo mais exposta às pessoas que ele acompanha e a desvinculação entre a realidade pessoal e profissional fica dificultada, culminando em sobrecargas físicas e emocionais.

A atividade de VD abarca desafios, incertezas e surpresas na sua realização. A necessidade de os profissionais se relacionarem com o público dentro do espaço privado domiciliar pode levar à recusa do atendimento prestado, dificultando a dinâmica do trabalho dos ACS, além de existirem situações de mudança de endereço, endereços errados, entre outras que interferem diretamente na realização de atividades junto à população⁽¹³⁾ evidenciado nos resultados deste estudo.

No que concerne o nível educacional, o baixo nível de escolaridade dos indivíduos, principalmente, daqueles dependentes de cuidados, dificultava tanto o acesso às informações quanto a compreensão dos mecanismos da doença e do tratamento, o que representa um desafio para a equipe multiprofissional de saúde, incluindo o ACS, que ao realizar o acompanhamento domiciliar identifica riscos e assume uma maior preocupação com estas pessoas⁽¹⁹⁾.

As falhas na dinâmica organizacional, apontada pelos ACS, foram identificadas como uma dificuldade na realização do seu trabalho. Este hiato culmina em dificuldades em desenvolver vínculo e uma assistência adequada. A existência de um trabalho multiprofissional integrado, em uma perspectiva de relacionamento horizontal, combinado com o compartilhamento da construção do projeto terapêutico e a possibilidade de renovar a prática dos profissionais envolvidos, transforma as ações de acordo com a realidade local, fortalecendo as práticas de autocuidado, e constituindo assim, a potencialidade real da VD⁽¹³⁾.

A falta de recursos dificulta as condições de trabalho e o funcionamento dos serviços de saúde, o que contribui para que o trabalhador possa experimentar dificuldades e imprevistos no desenvolvimento de suas atividades, necessitando realizar ações não planejadas e lidar com exigências físicas, cognitivas e também de logística⁽¹³⁾. Com o intuito de atender a população, os profissionais se desdobram, uma vez que a solução dos problemas vai além de seus próprios esforços.

As dificuldades encontradas pelos profissionais nas VD não envolvem somente o enfrentamento das doenças, mas também, situações inerentes ao contexto social e cultural em que vive a família e o próprio ACS,

sendo necessário respeitar os limites dos profissionais e assumir encaminhamentos para os problemas por meio de ações alternativas e relacionais⁽¹¹⁾. Contudo, as funções assumidas pelos ACS na equipe e a proximidade com as famílias assistidas, favorecem situações causadoras de sofrimento moral, o qual associa-se à responsabilização de erros e fragilidades por parte dos ACS. Desta forma, salienta-se que este profissional não ocupa o protagonismo nas decisões da equipe multiprofissional, o que contribuiria para a melhora da qualidade dos serviços^(6,20).

O estudo limita-se a população estudada, por pertencer a um município de pequeno porte, mas que abrange realidade de diversas localidades do país. Não obstante, os achados deste estudo podem contribuir para maior reflexão da equipe da ESF sobre o processo de organização do trabalho, principalmente o profissional de enfermagem que é responsável pela supervisão dos serviços realizados pelos ACS em aprimorar a qualidade da assistência por meio de práticas assistenciais voltadas a qualidade de vida tanto da população como do trabalhador.

CONCLUSÃO

Identificou-se que os ACS planejam e executam a atenção e o acompanhamento aos adultos e idosos dependentes de cuidados decorrentes das DCNT, juntamente com os outros integrantes da equipe da ESF

que atuam com essa população. Geralmente, essa atenção se concretiza por meio das VD realizadas mensalmente, entretanto, pode ocorrer em um período mais curto de tempo, o que depende da necessidade avaliada pelos profissionais da equipe, embora sem uma sistematização efetiva.

Foi identificado que as VD, muitas vezes, vão além de um acompanhamento, os ACS também se responsabilizam por desenvolver atividades que pode facilitar a rotina das pessoas acompanhadas por eles, como a entrega de insumos, receitas e medicamentos.

Quanto às dificuldades enfrentadas, o estudo mostra que elas interferem diretamente na assistência e estiveram relacionadas a cobranças da família por atividades que não são de suas responsabilidades; não aceitação do profissional ACS na residência; o analfabetismo dos usuários, por interferir no autocuidado; e dificuldades dentro da própria equipe de trabalho, por não conseguirem uma comunicação efetiva, além da rotatividade do profissional médico na equipe, interferindo diretamente na qualidade da assistência oferecida.

Entretanto, os ACS revelam flexibilidade e comprometimento na sua função de acompanhar os usuários de sua área de abrangência que são de sua responsabilidade. Permitindo que seja construído um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, para proporcionar melhorias no cenário de saúde local.

ACTION OF COMMUNITY HEALTH AGENTS FOR PERSONS DEPENDING ON CARE AS A RESULT OF CHRONIC DISEASE

ABSTRACT

The objective of this study was to know the health actions carried out by community health Agents to families of persons dependent on care. The study is qualitative in nature, carried out with 21 professionals that integrate teams of the family health strategy of a small municipality, located in the Northwest of the State of Paraná. For the collection of data using semi-structured interview that were subjected to content analysis on thematic mode. It was bond-related facilities built with the assisted families, equity of care and responsiveness of users the work of community health Agents. Pointed out difficulties in assistance as low schooling, fear caused by the presence of drug addiction in the areas of scope and workload. In organizational issue the inefficiency of specialized services, lack of transport to the visits and materials needed for the work considered as factors that impede the achievement of a more adequate assistance. It is concluded that the community health Agents, accompanying the families care for dependents, have your work interfered negatively by the difficulties encountered in everyday life, which need to be improvised on a daily basis so that the assistance is provided.

Keywords: Community health workers. Health education. Primary health care. Chronic disease. Family.

ACTUACIÓN DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD A LAS PERSONAS DEPENDIENTES DE CUIDADOS RESULTANTES DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer las acciones en salud realizadas por los Agentes Comunitarios de Salud a las familias de personas dependientes de cuidados. El estudio es de naturaleza cualitativa, realizado con 21 profesionales que forman parte de equipos de la Estrategia Salud de la Familia de un municipio de pequeño porte, ubicado en la región noroeste del

estado de Paraná. Para la recolección de datos se utilizó entrevista semiestructurada que fue sometida al análisis de contenido en la modalidad temática. Se evidenciaron facilidades relacionadas al vínculo creado con las familias asistidas, a la equidad de la asistencia y a la receptividad de los usuarios al trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud. Fueron señaladas dificultades en la asistencia, como baja escolaridad, miedo causado por la presencia de drogodependencia en las áreas de funcionamiento y sobrecarga de trabajo. En la cuestión organizacional, la ineficiencia de los servicios especializados, falta de transporte para las visitas y de materiales necesarios para la rutina de trabajo fueron considerados como factores que dificultan la realización de una asistencia más adecuada. Se concluye que los Agentes Comunitarios de Salud, que acompañan a las familias de personas dependientes de cuidado, tienen su trabajo interferido negativamente por las dificultades encontradas en el día a día, que necesitan ser improvisadas cotidianamente para que la asistencia sea prestada.

Palabras clave: Agentes comunitarios de salud. Educación en salud. Atención primaria de salud. Enfermedad crónica. Familia.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013-2020. 2013. [Citado 2017 set30] Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf.
- Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *The Lancet*. 2014 Aug; 384(9941):427-37. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60616-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60616-4).
- Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf.
- Malta DC, Silva Jr JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013 Mar; 22(1):151-64. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>.
- Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 2017 [citado 2017 set30]; 25: e2882. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal. Unidade Geográfica: Brasil. Competência: setembro de 2017 [citado 2017 set 17]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
- Machado LM, Mattos KM, Colomé JS, Freitas NQ, Sangoi TP. Family health strategy: the perception of community health agents concerning their work. *Cienc. Cuid. Saúde*. 2015 [citado 2017 set28]; 14(2):1105-12. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v14i2.22612>.
- Andrade VMP, Cardoso CL. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. *Psico-USF*. 2017 Apr; 22(1):87-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220108>.
- Silveira MPR, Silva MRS, Farias FLR, Moniz ASB, Ventura J. Autonomy and social reintegration: perception of families and professionals who work with harm reduction. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2017 Oct. 27; 16(3). doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v16i3.34299>.
- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (PR). *Cademo estatístico: Município de Marialva* [Internet]. Curitiba; 2017 [citado 2017 mar. 26]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cademos/MontaCadPdf1.php?Municipio=86990&btOk=ok>.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2013.
- Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. *Interface Comm. Saúde Educ*. 2013 [citado 2017 set 28]; 17:61-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>.
- Kebian VA, Oliveira AS. Health practices of nurses and community health agents of the family health strategy. *Cienc. Cuid Saúde*. 2015 [citado 2017 set 25]; 14(1):893-900. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v14i1.22466>.
- Freitas PS, Matta SR, Mendes LVP, Luiza VL, Campos MR. Use of health services and medicines by hypertensive and diabetic patients in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2018 [citado 2018 out 27]; 23(7):2383-2392. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.21602016>.
- Maia ER, Pagliuca LMF, Almeida PC de. Learning of community health agent to identify and register disabled people. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014 Aug; 27(4):326-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400055>.
- Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho MNASB, Vidal ECF, Aquino PS, Vidal ECF. Experiences in the Family Health Strategy: Demands and vulnerabilities in the territory. *Rev. Bras. Infim.* [Internet]. 2017 [citado 2017 set 28]; 70(5):920-7. [Thematic Edition "Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society"]. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0033>.
- Lanzoni GMM, Cechine C, Meirelles BHS. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Rev. Rene*. 2014 [citado 2017 out 12]; 15(1):123-31. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v15i1.3096>.
- Santos BMO, Caixeta ACM, Silva AA, Teixeira CRS. Conhecimento e atitudes em diabetes mellitus tipo 2: subsídios para autocuidado e promoção de saúde. *Arq. Cienc. Saúde* [internet]. 2016 [citado 2017 set 28]; 23(4):31-6. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/443/246>.
- Briese G, Lunardi VL, Azambuja EP, Kerber NPC. Moral distress of health community agents. *Cienc. Cuid Saúde*. 2015 [citado em 2017 out. 10]; 14(2):1035-42. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v14i2.17696>.

Endereço para correspondência: Anderson da Silva Rêgo. Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá - UEM. Av. Colombo, 5790 - Cidade Universitária, CEP 87020-900 - Maringá, PR, Brasil. Telefone: (44) 3011-4318. E-mail: anderson.dsre@hotmail.com / andersonsre@gmail.com

Data de recebimento: 18/05/2018

Data de aprovação: 30/09/2018