

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UniEVANGÉLICA

CURSO DE ENFERMAGEM

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NA
ASSISTÊNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

AMANDA MARIA MARTINS XAVIER

DAIANE BRUNA DE SOUSA

Anápolis

2019

AMANDA MARIA MARTINS XAVIER

DAIANE BRUNA DE SOUSA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NA
ASSISTÊNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis/GO -UniEVANGÉLICA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ma. Najla Maria Carvalho de Souza.

Anápolis

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

AMANDA MARIA MARTINS XAVIER

DAIANE BRUNA DE SOUSA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NA
ASSISTÊNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de enfermagem do Centro
Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, 16 de dezembro de 2019, como
requisito para aprovação e obtenção do título de bacharel em enfermagem no
semestre de 2019/2.

Aprovado em: _____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Ma. Najla Maria Carvalho de Souza. Curso de Enfermagem UniEVANGÉLICA
Orientadora

Prof.^a. Dr.^a. Sheila Mara Pedrosa. Curso de Enfermagem – UniEVANGÉLICA
Avaliadora

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que apesar das dificuldades estiveram ao meu lado em todos os instantes da realização deste trabalho e soube compreender, com benevolência de quem ama. Dedicar também aos meus filhos que são minhas motivações, é por eles a luta diária, é por eles que estou concretizando meu sonho, para poder construir um futuro melhor.

Att. Amanda Maria Martins Xavier

A minha família, em especial a minha mãe, que se dedicou ao máximo nesses cinco anos para que eu conseguisse realizar essa conquista. Sem dúvidas, sem o apoio dela eu jamais teria alcançado meu objetivo.

Att. Daiane Bruna de Sousa

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que permitiu a nossa existência, nos deu confiança, capacidade para persistirmos e força para superar os obstáculos durante este caminho e de coração a todos que colaboraram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos nossos pais que sempre nos apoiaram em todos os nossos sonhos, que nos ajudou a trilhar um caminho ético, com perseverança e respeito ao próximo. Sem o companheirismo e amor de vocês não teríamos forças para enfrentar as adversidades da vida. Obrigada por fazerem o melhor de vocês, nos proporcionando estrutura necessária para conseguirmos prosseguir nas batalhas.

A nossa orientadora, Prof^a. Ma Najla Maria Carvalho de Souza, por quem temos um carinho muito grande. Agradeço por termos motivado sempre e acreditado em nós. Isto foi o principal para que nós também pudéssemos acreditar que seríamos capazes de alcançar o término deste trabalho; pelo acolhimento, pela paciência, disponibilidade, amizade, ensinamentos recebidos e incentivos.

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

A população de Gameleira de Goiás que prontamente participou desta pesquisa.

A nossa professora querida Rosana Bezerra, por nos conduzir com excelência nessa disciplina de Produção Científica, que sempre está disposta a nos incentivar e encorajar, pela atenção desde o primeiro contato, que nos apontou os caminhos a serem percorridos. Um exemplo de capacidade, dedicação e comprometimento e pelo aprendizado proporcionado, nós muito obrigado.

Ao Centro Universitário UniEvangélica por nos proporcionar um ensino de qualidade e tanto reconhecimento, para assim nos tornarmos profissionais de qualidade.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Como todos os outros profissionais os ACS têm um papel muito importante, pois este profissional que mantém um vínculo maior com a comunidade. Suas principais funções são: cadastrar todos os indivíduos e famílias no sistema vigente e manter os dados atualizados (nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos a saúde); realizar visitas periódicas em todas as famílias, obedecendo os critérios de risco e vulnerabilidade; orientar as famílias sobre os serviços disponíveis nas UBS; desenvolver ações de educação em saúde, que busquem integrar a equipe e a comunidade; informar aos usuários datas e horários sempre que for marcado consultas e exames (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017). **OBJETIVO:** Descrever a percepção e atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) perante a comunidade de Gameleira de Goiás. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em duas Estratégias de Saúde da Família do município de Gameleira de Goiás, o instrumento de coleta de dados foi composto por um questionário semiestruturado, cujas questões buscavam coletar dados que permitissem compreender o trabalho do ACS na comunidade atendida. O perfil observado foi em sua maioria mulheres, adultas jovens entre 18 e 60 anos. Quanto à percepção, pode-se afirmar que a maioria dos pacientes possui um domínio de conhecimentos e informações básicas relacionadas à saúde (BARDIN, 2011). **RESULTADOS:** Para melhor entendimento dos resultados e discussão, após análise do conteúdo das falas dos participantes emergiram duas categorias que estão descritas a seguir. **Visitas Domiciliares e Trabalho do ACS:** assiduidade, informações e entendimento e **Trabalho do ACS:** resolutividade e satisfação. **CONSIDERAÇÕES:** Aspectos pesquisados sobre satisfação dos usuários na assistência do agente comunitário de saúde que atuam em Gameleira de Goiás revelaram características semelhantes às de outros estudos nesse sentido, realizados em outras regiões do país. Atividades relacionadas à atuação dos ACS mostraram que os usuários reconhecem a importância do trabalho prestado para a população. É preciso destacar essa visão do usuário, pois demonstra que além de perceber a importância do trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família, ele tem noção da integralização dos cuidados de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Estratégia Saúde da Família, Visita Domiciliar, Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Like all other professionals, CHAs play a very important role, as this professional who maintains a greater bond with the community. Its main functions are: register all individuals and families in the current system and keep the data updated (births, deaths, diseases and other health problems); conduct periodic visits to all families, obeying the risk and vulnerability criteria; educate families about the services available at the UBS; develop health education actions that seek to integrate the team and the community; inform users of dates and times whenever appointments and exams are scheduled (BRAZIL, 2012; BRAZIL, 2017).

OBJECTIVE: To describe the perception and performance of Community Health Agents (CHA) in the community of Gameleira de Goiás. **METHODOLOGY:** This is a descriptive study of qualitative approach. The research was conducted in two Family Health Strategies in the municipality of Gameleira de Goiás, the data collection instrument was composed of a semi-structured questionnaire, whose questions sought to collect data that would allow understanding the work of the CHA in the community served. The profile observed was mostly women, young adults between 18 and 60 years. Regarding perception, it can be stated that most patients have a domain of knowledge and basic information related to health (BARDIN, 2011).

RESULTS: For a better understanding of the results and discussion, after analyzing the participants' speech content, two categories emerged, which are described below. ACS Home Visits and Work: attendance, information and understanding and ACS Work: resoluteness and satisfaction. **CONSIDERATIONS:** Aspects surveyed about user satisfaction in the assistance of the community health agent working in Gameleira de Goiás revealed similar characteristics to those of other studies in this regard, conducted in other regions of the country. Activities related to the performance of CHAs showed that users recognize the importance of the work performed for the population. It is necessary to highlight this view of the user, because it demonstrates that in addition to realizing the importance of the work of the CHA in the Family Health Strategy, he has a notion of integrating health care.

KEYWORDS: Family Health Strategy, Home Visit, Community Health Agent.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Distribuição áreas e micro áreas das ESF'S. Gameleira de Goiás, 2019.	23
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Divisão dos participantes por áreas, 2019.....	42
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agentes de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Crescimento e Desenvolvimento Infantil
CEP	Comitê de Ética
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 Estratégia Saúde da Família (ESF).....	14
3.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	15
3.3 Agente Comunitário de Saúde (ACS) e sua atuação na Estratégia Saúde da Família.....	17
3.4 Avaliação do processo de trabalho em saúde.....	19
4. METODOLOGIA	22
4.1 Tipologia.....	22
4.2 Local do estudo	22
4.3 População	23
4.4 Amostragem	23
4.5 Coleta dos dados.....	24
4.6 Análise de dados.....	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1 Visitas Domiciliares e Trabalho do ACS: assiduidade, informações e entendimento.....	26
5.2 Trabalho do ACS: resolutividade e satisfação.....	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A	
APÊNDICE B	
ANEXO A	
ANEXO B	

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é regida pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Esta política visa a expansão e a consolidação da Atenção Básica (AB). A AB deve ser a porta de entrada preferencial dos usuários, onde é prestado os primeiros cuidados de forma integral a cada um. Para assegurar uma assistência de qualidade a ESF conta com uma equipe multiprofissional composta por no mínimo: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista e um auxiliar em saúde bucal, Agentes de Combate a Endemias (ACE), e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A quantidade de ACS será de acordo com definição local. Os ACS são os profissionais em destaque neste estudo (BRASIL,2012; BRASIL, 2017).

A AB oferece ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde para toda a população Brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde estão disponíveis 38 mil UBS em todo país, além disso, há cerca de 600 mil profissionais a disposição das comunidades (BRASIL, 2015).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado, oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991. Como todos os outros profissionais os ACS têm um papel muito importante, pois é este profissional que mantém um vínculo maior com a comunidade. Suas principais funções são: cadastrar todos os indivíduos e famílias no sistema vigente e manter os dados atualizados (nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde); realizar visitas periódicas em todas as famílias, obedecendo aos critérios de risco e vulnerabilidade; orientar as famílias sobre os serviços disponíveis nas UBS; desenvolver ações de educação em saúde, que busquem integrar a equipe e a comunidade; informar aos usuários datas e horários consultas e exames agendados (BRASIL,2012; BRASIL, 2017).

O ACS é um elo indispensável na conexão das ações ESF, expandindo as relações e aprimorando as informações entre a comunidade e os profissionais (BEZERRA et al.,2016).Além disso, encontra soluções mais eficazes para os problemas da população. Busca também auxiliar a população e os serviços de saúde, identificando situações de risco coletivo e individual, com a identificação o encaminhamento para as unidades de saúde se torna mais fácil, o que melhora a orientação, a proteção e a promoção de saúde (BRASIL,2000).

Ferraz e Aerts (2005) referem que a presença dos ACS no trabalho de ações pontuais e simplificadas produz grande impacto, além de ser relevante em termos de Saúde Coletiva. Os autores apontam que é necessário integrar algumas ações que poderão intensificar o trabalho dos ACS, como: incluir um auxiliar administrativo nas equipes de ESF, diminuir o número de famílias por ACS e disponibilizar ações de educação continuada permanente para a equipe de ESF.

A atuação do ACS possibilita a resolução de situações-problemas que interferem na qualidade de vida das famílias e/ou comunidade, tais como: o saneamento básico, destinação do lixo, condições insalubres de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes, dentre outras (BRASIL, 2009).

O presente estudo justifica-se na importância e no significado dessa categoria profissional para a comunidade e para a equipe de saúde. Entendendo essa importância julgou ser de interesse investigar e registrar a satisfação de usuários acompanhados pelos ACS no município de Gameleira de Goiás, para melhor conhecimento e formulação de ações em saúde para a população, além de capacitações aos Agentes Comunitários de Saúde a fim de tornar esses profissionais multiplicadores do conhecimento, auxiliando na busca de soluções dos problemas identificados nas áreas de abrangências.

Diante do exposto questiona-se: qual a satisfação dos usuários na assistência do ACS durante as visitas domiciliares?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Descrever a satisfação dos usuários diante a assistência prestada pelos ACS durante as visitas domiciliares.

2.2 Objetivos Específicos:

Descrever o trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) na família.

Identificar o vínculo entre o ACS e a família.

Verificar se o trabalho desenvolvido pelo ACS na visita domiciliar (VD) está de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em 1993, sendo regulamentado em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte dos problemas de saúde em concordância com os preceitos que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF foi identificado como uma inovação na forma de trabalhar a saúde tendo como foco o cuidado familiar e não só o indivíduo doente (ROSA; LABATE, 2005).

Na atuação dos profissionais, a educação em saúde é uma prática preunciada e determinada a fazer parte da equipe de saúde da família. Onde se espera que seja qualificada para assistência integral e continuada às famílias da área registrada, representando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando junto a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, promovendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

Em 2006 o PSF passou a ser chamado Estratégia de Saúde da Família (ESF), na atenção básica em saúde, pois o programa possui um tempo determinado e estratégia é considerada permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família – ESF (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

A ESF procura incentivar o bem-estar da população brasileira e interferir nas causas que conduzem a saúde ao risco de falta de sedentarismo, a alimentação não balanceada, uso de álcool, cigarro, dentre outras (BRASIL, 2018).

Na tentativa de agregar novas técnicas como método para reorganizar não só os acolhimentos em saúde, mas integrar os cidadãos no seu processo de saúde. Destaca-se assim, que a realização do atendimento deve acontecer a toda população, sendo eles em domicílios, escolas, creches, centros comunitários e instituições públicas que façam parte do seu território de abrangência.

É importante destacar também que as ocupações da equipe que constitui a ESF não interrompem as práticas do cuidado, pelo contrário, ela amplia as práticas da atenção primária a saúde, pois busca a concretização de atitudes fundamentadas

na promoção, recuperação e proteção à saúde mais perto da realidade da comunidade e de grupos vulneráveis (GOMES; MERHY, 2014).

Sendo assim, a saúde é promovida como um todo e busca aprimorar ações efetivas, onde sua chegada alcança a prevenção, produção de saúde, criação de vínculos e protagonismo dos usuários, oposto das ações exclusivamente curativas. A ESF promove também o cuidado com a rede familiar, reorientando modalidades de intervenções que qualificam o usuário a praticar sobre a recuperação e proteção da vida, envolvendo o sujeito como fornecedor do seu bem-estar, pois compreende que gerar saúde é também uma forma de gerar um novo pensar. Com isso, compreende a família de modo integral e sistêmico, como local de avanço individual e grupal. A família é, simultaneamente, objeto e sujeito do desenvolvimento de cuidado e de promoção da saúde pelas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a ESF propõe dinâmica nova estruturando os serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda a população, a qual tem seu acesso garantido por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, a ESF torna-se significativa para a mudança do modelo assistencial, visando à qualidade de vida da comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

3.2 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A atenção básica (AB) denomina-se por um grupo de ações de saúde, no campo individual e coletivo, que beneficia a promoção e o acolhimento na saúde, cautela sobre os agravos, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação, a redução de danos e preservação da saúde com intuito de aprimorar uma atenção integral que cause impacto na educação em saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por método de atividades do cuidado e controle, na presença do trabalho em equipe, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, justificando a dinamicidade existente no território em que se constata as populações (BRASIL, 2012).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), tem na ESF o primeiro nível de assistência, com o objetivo de ser a porta de entrada de todo cidadão nos serviços que compõe o SUS, determinar formas de condutas dos profissionais de saúde, conduzir critérios na prática assistencial, entre diferentes ações. Para isso, legislações foram desenvolvidas visando assegurar o acesso universal, de modo integral e equitativo à população. Uma delas é a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011a).

A PNAB é o seguimento do conhecimento reunido por um conjunto de atores incluídos tradicionalmente com a evolução e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com desenvolvimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012). Esta política executa um papel primordial, autorizando modificações importantes, em especial ao modelo de atenção e na administração do trabalho em saúde nos municípios. Isso sucedeu de modo planejado à introdução dos mecanismos de custeamento que exerce o papel indutor no seu amparo como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017).

Em conformidade com a PNAB, a APS qualifica-se por alto grau de descentralização, habilidade e vicinalidade da comunidade, além de ser porta de entrada e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A PNAB progride na gestão e coordenação do cuidado do usuário na RAS, além de orientar pelos princípios de universalidade, acessibilidade, elo, continuação do cuidado, integralidade da atenção, educação, equidade e participação social. (BRASIL, 2012a).

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2/2017, todas as instituições de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, dentro do campo SUS, serão nomeados como Unidade Básica de Saúde – UBS. Tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para ampliação e consolidação da Atenção Básica. Sendo assim identificam-se outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem acompanhar os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, representando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais, ressaltando a dinamicidade do território e a realidade de populações específicas, itinerantes e dispersas, que são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em conformidade com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017).

Segundo a nova PNAB as atribuições do profissional da equipe de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que normatizam o exercício de cada uma das profissões. São atribuições específicas do enfermeiro, executar atenção integral a saúde dos pacientes e seus familiares, nas unidades ou nos domicílios de modo que possa estabelecer cuidado igualitário para criança, jovens, adultos e idosos. Deve ainda realizar consulta de enfermagem, prescrever medicações e fazer procedimentos de acordo com protocolos estabelecidos, solicitar exames, e encaminhar o paciente quando necessário (BRASIL,2017).

O enfermeiro é o profissional responsável por supervisionar o trabalho executado pelo ACS. Também deve programar atividades de educação em saúde para a população, e realizar essas atividades incluindo a demanda espontânea. São previstas também ações relacionadas a planejar, gerenciar e avaliar as ações que os ACS desenvolvem e realizar atividades de ação permanente juntamente com a equipe de enfermagem e outros membros. Participar do gerenciamento dos insumos essenciais para o bom funcionamento da UBS (BRASIL,2017).

Dessa forma, o profissional enfermeiro é o responsável pelo planejar das ações do ACS.

3.3 Agente Comunitário de Saúde e sua atuação na Estratégia Saúde da Família

O programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve origem no Nordeste e em alguns outros lugares como Distrito Federal e São Paulo, no final da década de 1980. Porém foi oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991. Porém, só foi reconhecido por lei em 2002, com a lei nº 10.507 de 10 de julho. Essa estratégia foi criada com o objetivo de buscar melhorias na assistência de saúde das comunidades. Hoje essa profissão é muito estudada por diversas universidades pelo fato do ACS estarem presentes tanto na comunidade quanto na equipe de saúde. Seu papel no acolhimento é de fundamental importância, justamente por ele fazer parte da comunidade e conhecê-la melhor que qualquer outro membro da equipe, isso faz com que a criação de vínculo seja feita com mais facilidade (BRASIL, 2017).

Atualmente, o ACS faz parte da equipe da ESF, e para exercer tal função não é exigido um curso específico na área da saúde, porém deve ter concluído o ensino fundamental e realizar o curso introdutório de formação inicial e continuada. Em sua

atuação o ACS tem como objetivos principais, realizar em suas visitas domiciliares prevenção de doenças e promoção de saúde, trabalhando individualmente ou coletivamente com a comunidade. Ele também deve promover ações de educação em saúde, atualizar os registros de nascimento, óbitos, doenças e outros agravos que podem vir a afetar a saúde da população de alguma forma (ANDRADE; CARDOSO, 2015).

Dentre as atribuições do ACS também se destaca realizar o cadastro de todas as pessoas e famílias e manter os dados sempre atualizados, manter as famílias informadas sobre os serviços de saúde oferecidos pela ESF, realizar as visitas domiciliares mensalmente, obedecendo os critérios de risco e vulnerabilidade, onde a pessoa que tiver mais necessidade deverá ser visitada mais vezes, podendo levar outros membros da equipe, usar a criatividade para realizar ações que busquem envolver a comunidade com a equipe, realizar o acompanhamento de pessoas com doenças ou qualquer agravo na saúde, acompanhar condicionalidades como o bolsa família ou qualquer outro programa do governo, avisar sempre que necessário datas e horários de consultas e exames dos pacientes. O ACS pode ainda realizar atividades dentro da UBS, desde que estejam de acordo com as funções dele (BRASIL, 2017).

A atuação do ACS dentro da comunidade, ajuda na resolução de situações-problemas que diminuem o bem-estar das famílias. Para que isso aconteça, ele deve estar atualizando tudo que acontece em sua micro área, e quando encontrar algum caso que necessite abordar a família ele deve fazer. Caso não consiga resolver algum desses problemas sozinho, deve acionar a equipe (BRASIL, 2009). O ACS é um elo de fundamental importância para a efetividade da proposta da ESF, pois além de viver junto à comunidade ele pode levar a comunidade ao serviço de saúde e vice e versa (SILVA et al., 2014).

A portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, nos traz ainda que o ACS pode realizar as seguintes atividades desde que sejam assistidas por um membro da equipe de nível superior e tenha treinamento específico e equipamentos necessários: aferir pressão arterial; verificar a glicemia capilar, para monitoramento de diabetes mellitus, de acordo com o plano estabelecido pela Atenção Básica; aferir temperatura axilar; realizar curativos com técnicas limpas, orientar pessoas com vulnerabilidade a forma correta de tomar medicação. Essas atividades podem ser realizadas no domicílio com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças. O

ACS deverá encaminhar os pacientes com alguma alteração para a UBS de referência (BRASIL, 2017).

Como todos os outros membros da equipe, o ACS convive com pontos positivos e negativos em relação ao serviço que ele presta. Ele tem oportunidades de adquirir novos conhecimentos, é reconhecido pela comunidade pelo seu trabalho, o que faz com que ele se sinta valorizado, porém ele pode sentir-se insatisfeito com a capacitação e treinamentos oferecidos, pode haver dificuldades em comunicar-se com sua equipe de saúde e/ou comunidade e pode também se sentir insatisfeito com o serviço que ele presta por algum motivo.

Vale ressaltar que a enfermeira deve orientar ao ACS para que ele não exerça função apenas de informante, mas que seja um servidor ativo, que resolva os problemas da população. A equipe de saúde vive em constante transformação para desenvolver uma melhor comunicação com o ACS e comunidade, adquirindo assim melhor resolutividade dos problemas (SAKATA; MISHIMA, 2011).

O ACS convive com a comunidade na qual atua, com isso tem mais facilidade em desenvolver um serviço de qualidade, pois terá maior conhecimento sobre as vidas, hábitos daquelas pessoas. Isso faz com que os moradores adquiram confiança no profissional e facilita a resolutividade dos problemas das famílias. Todos os ACS devem analisar a sua região e compreender e planejar ações de acordo com a realidade em que eles vivem, pois, cada comunidade tem necessidades diferentes (PINHEIRO; GUANAES-LORENZI, 2014). Com isso, destaca-se que devido ao costume com as famílias de sua área, o ACS vai passar a ter facilidade em entender quais os motivos que levam o indivíduo a buscar ou recusar os serviços prestados pela ESF (PARANAGUÁ et al., 2008).

3.4 Avaliação do processo de trabalho em saúde

Apesar das mudanças e melhorias nos serviços da AB, ainda há muitos desafios para estabilizar a mudança do modelo de atenção à saúde no país (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016). O Ministério da Saúde vem optando por implantação de iniciativas que identifiquem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à sociedade brasileira, propiciando a ampliação do acesso com qualidade (BRASIL, 2015).

O estabelecimento de mecanismos que monitorem os requisitos necessários para a efetivação do processo de trabalho torna-se indispensável, pois o trabalho

realizado pelas equipes depende de suporte administrativo, de estrutura e sistematização das ações com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A última iniciativa desenvolvida pelo ministério da saúde para avaliação do processo de saúde na AB foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de avaliar as estruturas oferecidas pela gestão municipal, o processo de trabalho que as equipes de saúde desenvolvem e a satisfação do usuário (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

O governo federal se compromete com o PMAQ e desenvolve ações cujo objetivo é a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. Dentre elas se sobressai o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, onde o principal propósito é avaliar os resultados da nova política de saúde principalmente da AB. Dentre os objetivos do programa se destaca a amplificação do acesso e melhoria da qualidade, visando melhores resultados do serviço nacionalmente, regionalmente e localmente, permitindo assim eficácia das ações do governo em relação à AB. O PMAQ está organizado em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2015).

A primeira etapa, de adesão, é quando o gestor irá decidir quantas equipes de AB irão participar do PMAQ. Vale ressaltar que no segundo ciclo o gestor poderá indicar quantas equipes participarão do programa, podendo ser todas, ou apenas uma parte delas. As equipes podem ser inseridas até o final da segunda fase, que é a de contratualização, onde irá haver a pactuação de compromissos entre a AB, a gestão municipal e o MS. As equipes que já participaram do primeiro ciclo ocorrerão a recontratualização, onde será possível adotar novos métodos de melhorias a partir dos primeiros resultados obtidos (BRASIL, 2015).

A segunda etapa consiste no desenvolvimento de agregação das ações que serão executadas pelas equipes, gestões e MS a fim de possibilitar os movimentos de mudança na qualidade da AB. Esta fase está constituída em quatro proporções: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A autoavaliação objetiva causar na equipe a formação de um grupo capaz de realizar as mudanças e implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Esse grupo da mudança deverá avaliar os pontos positivos e negativos do seu serviço, isso ajudará na elaboração de novas estratégias para superar os problemas e alcançar novas metas (BRASIL,2015).

O monitoramento busca: nortear o processo de negociação de metas e compromissos das equipes com a gestão, e destas com as outras esferas do SUS; definir prioridades e organizar as ações para a melhoria da qualidade da AB; promover o aprendizado institucional; estimular a participação do usuário; fortificar a responsabilidade sanitária; apoiar a implantação de sistema de informação específico para os Nasfs e equipes de Saúde Bucal, por meio do e-SUS/Sisab (BRASIL,2015).

A educação permanente é uma importante estratégia para provocar mudanças nos serviços, adquirir conhecimentos e habilidades, com isso, a equipe e os gestores podem alcançar melhores desempenhos na AB. O apoio institucional é a função gerencial que busca reformular a forma tradicional de coordenar, planejar, supervisionar, e avaliar a saúde e o objetivo principal é a mudança nas organizações (BRASIL,2015).

A terceira etapa consiste na avaliação externa, onde um grupo de avaliadores irão aplicar instrumentos para verificar a qualidade do acesso alcançado pelas equipes e gestão. Eles irão observar a infraestrutura, condições de funcionamento das UBS, verificar documentos e entrevistar usuários. A quarta e última etapa de recontratualização é quando ocorre uma nova contratualização de indicadores, após a avaliação das equipes inscritas no primeiro ciclo e novos compromissos são firmados (BRASIL,2015).

O PMAQ posiciona a avaliação como técnica permanente para a tomada de decisão, pois esta é uma qualidade fundamental que deve ser alcançada pelo SUS. Para o segundo ciclo do Pmaq, o DAB realizou a revisão do instrumento de autoavaliação (Amaq). Os padrões do Amaq associam-se em duas unidades de análise, gestão e equipe. Na Amaq, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, os protocolos, os princípios e as diretrizes que organizam as ações e as práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipologia

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. O estudo descritivo tem como principal objetivo descrever as características de uma população específica. A principal característica desse tipo de estudo é utilizar técnicas padrões na coleta de dados, como questionários e outros. Os estudos descritivos são utilizados nas pesquisas que tem interesse em saber as características de um certo grupo de pessoas, ou o entendimento da comunidade sobre algum assunto, e algum índice (GIL, 2002).

Na pesquisa qualitativa não se cria uma ordem para desenvolver as perguntas. Nesse tipo de pesquisa primeiro se descobre as perguntas mais importantes para depois adequá-las e respondê-las. A sequência entre a interpretação dos fatos nem sempre é igual, pode variar de estudo para estudo (LUCIO; COLLADO; SAMPIERI, 2013).

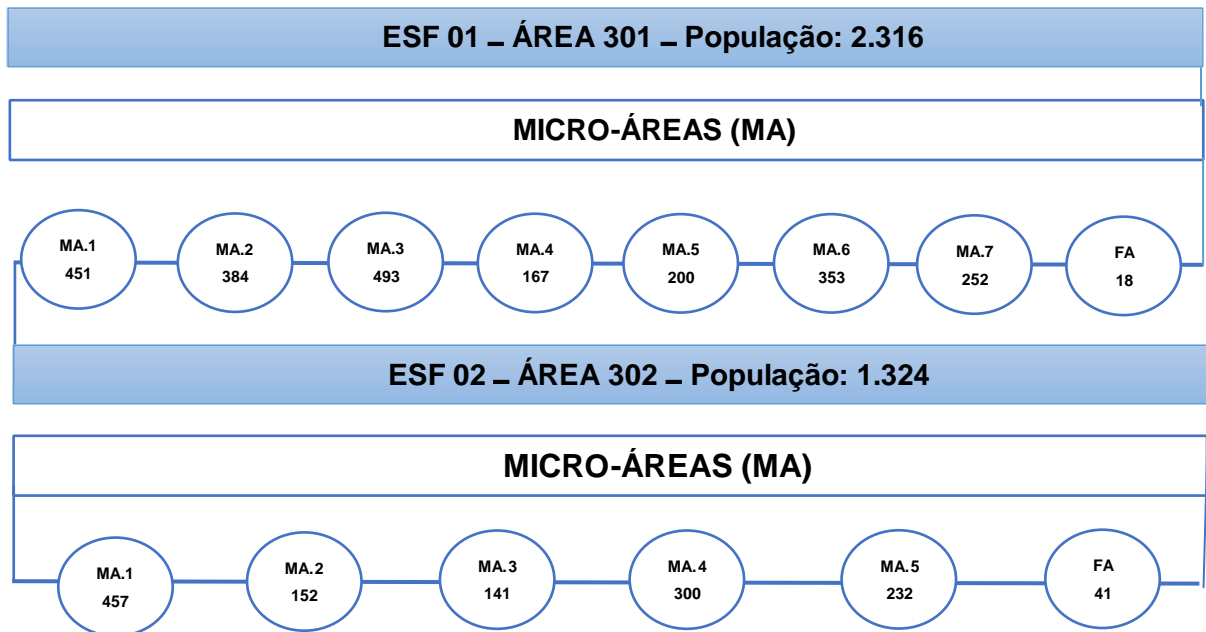
4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em duas unidades da ESF's do município de Gameleira de Goiás. O município foi selecionado para campo de estudo por ser um município pequeno e de fácil acesso das pesquisadoras. O município conta com 3.640 usuário cadastrados nas duas ESF'S – denominadas de ESF 01 e 02. São duas áreas, sendo a primeira denominada de área 301 (ESF 01) compostas por sete micro-áreas e a segunda área 302 (ESF 02), composta por cinco micro-áreas. São doze ACS, distribuídos um para cada micro-área (Figura 1).

Na ESF 01 a equipe é composta por um médico, três enfermeiros, cinco técnicas de enfermagem, sete ACS, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma recepcionista. Na ESF 02 a equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal e uma recepcionista.

A estimativa populacional em 2019 para o município foi de 3.818 (IBGE, 2019).

Figura 1 – Distribuição áreas e micro áreas das ESF's. Gameleira de Goiás, 2019.



Fonte: e-SUS

4.3 População

Participaram do estudo 20 usuários cadastrados nas duas ESF'S de Gameleira de Goiás. Foram adotados como critérios de inclusão: aceitar gravar a entrevista através do gravador MP4; aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar TCLE; ter cartão da família realizado pelo ACS, ter cartão do sus cadastrado no município; ter entre 18 e 60 anos e utilizar a ESF há mais de um ano.

Foram excluídos os usuários fora da área de cobertura das ESF's, pois não possuíam ACS para acompanhamento familiar.

4.4 Amostragem

A amostra foi recrutada de forma aleatória e por conveniência. Foi realizada inicialmente uma visita às ESF's com o intuito de entender a rotina da unidade. Logo após, foi realizado o recrutamento dos participantes enquanto aguardavam atendimento na UBS. As pesquisadoras explicaram os objetivos do estudo e como funcionaria a entrevista, e, em seguida convidaram os pacientes a participarem. Aqueles que aceitaram o convite foram encaminhados para uma sala reservada da ESF, onde as pesquisadoras esclareceram individualmente sobre os objetivos da pesquisa, tirando todas as dúvidas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias, juntamente com as

pesquisadoras. O número de participantes deste estudo foi determinado pela saturação teórica dos dados, perfazendo um total de 20 entrevistados.

A saturação de dados é utilizada para determinar a dimensão de uma amostra em um estudo, finalizando a obtenção de novos elementos. Isso ocorre quando o pesquisador já obteve uma grande quantidade de dados, ou quando eles ficam repetitivos. Ou seja, novos participantes não irão mais contribuir significativamente com a pesquisa (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2007).

A pesquisa foi encerrada quando atingiu a saturação de dados coletados.

4.5 Coleta dos Dados

Inicialmente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA, recebendo parecer favorável sob o CAAE nº 10298719.3.0000.5076. A pesquisa seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

A coleta dos dados foi realizada pelas pesquisadoras nos meses de agosto e setembro de 2019, por meio da entrevista semiestruturada com questões norteadoras para o direcionamento da conversa (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas individualmente, em uma sala reservada por meio de gravador MP4, com duração média de 30 minutos, não interferindo nas atividades pessoais do participante. Sendo em seguida transcritas na íntegra.

Antes de iniciar as gravações das entrevistas, os participantes foram esclarecidos individualmente referente aos objetivos do estudo, em local privativo. Foi dada a liberdade aos participantes quanto à participação no estudo ou não, e aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A entrevista semiestruturada foi adotada para a coleta de dados, obedecendo as questões norteadoras (APÊNDICE B). Os dados foram transcritos simultaneamente a coleta de dados e analisados segundo Bardim 2011. Para garantir o anonimato dos participantes os nomes foram substituídos pela letra “P”, seguida de um número ordinal de acordo com a ordem de realização das entrevistas (P1 a P20).

4.6 Análise de Dados

Os dados coletados foram transcritos e tratados pela Análise de Conteúdo de Bardin (2011), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Napré-análiseos dados foram organizados da seguinte forma: Primeiramente separamos todos os TCLE assinados pelos participantes, juntamente com os instrumentos de coleta de dados. Feito isso, foram separados os entrevistados por area (301-302), e posteriormente por micro areas. Isso possibilitou a organização do quantitativo de entrevistados por cada micro area, a faixa etaria e o tempo que os usuários utilizavam as ESF's.

Na exploração do material, após transcrição, formulou-se o quadro de Bardin com os resultados do estudo, para ajudar na analise. No quadro foram colocadastodas as perguntas do roteiro da entrevista semi-estrurada e suas respectivas respostas. Logo após, realizado a leitura exaustiva para facilitar na compreensão dos resultados.

Na fase de tratamento dos resultados,houve a separaçãodas respostas satisfatórias e as insatisfatórias, que foramcolocadas em um quadro menor, dando destaque para as ações realizadas, o entendimento da população em relação ao trabalho do ACS e a resolutividade dos problemas. Após a análise de cada item e montamos, foram separadas as categorias, apresentadas a seguir.

Os resultados dos dados coletados forão organizados para que possam ser apresentados em artigos científicos, após a realização da análise do conteúdo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo vinte usuários com idade entre 19 e 56 anos. O tempo de utilização das ESF variou de um ano e meio a dezesseis anos entre os participantes. Para obter melhores resultados optamos por pesquisar a mesma quantidade de pessoas em cada UBS, sendo assim 10 entrevistados em cada ESF.

Tabela 1. Divisão dos participantes por área, 2019.

Area 301 (ESF 01)	Pacientes entrevistados	Area 302 (ESF 02)	Pacientes entrevistados
Micro área 01	2	Micro área 01	4
Micro área 02	2	Micro área 03	2
Micro área 03	1	Micro área 04	2
Micro área 04	2	Micro área 05	2
Micro área 05	2		
Micro área 07	1		
TOTAL			10

Fonte: Autoras

Após análise do conteúdo das falas dos participantes emergiram duas categorias que estão descritas a seguir.

5.1 Visitas Domiciliares e Trabalho do ACS: assiduidade, informações e entendimento.

Essa categoria descreve a frequência em que os ACS realizam as visitas domiciliares às famílias, as ações realizadas pelos profissionais nas residências e as informações repassadas pelos ACS. Aborda ainda, o entendimento da população em relação ao serviço oferecido pelo ACS.

Em relação à assiduidade das visitas domiciliares (VD), a maioria dos pacientes entrevistados relatou receber visitas periódicas de seus ACS mensalmente, segundo eles o ACS realiza questionamentos referentes à situação de saúde da família, repassa informações das ESF's necessárias a cada família, divulgando temas importantes e campanhas. Outra ação realizada pelo ACS no domicílio é a verificar os quintais para identificação dos focos de dengue. Após as visitas domiciliares os entrevistados responsáveis assinam um caderno.

Aqueles que receberam VD em meses intercalados relatam que o ACS justifica que não é possível realizar visitas regulares pelo fator tempo. Por outro lado, há uma regularidade para alguns ACS, estes realizaram duas visitas no mês. Há também outro relato de um dos participantes referente à assiduidade das VD's, segundo ele, recebeu visitas uma vez este ano, sendo esta realizada há dois meses. De acordo com este participante há uma troca frequente do ACS.

As falas abaixo confirmam o disposto acima:

[...] A ela vai à minha casa todo mês, chega lá e fala umas coisas pra gente, o dia que tem médico, reunião das gestantes, fala das vacinas para as crianças, da uma olhada no quintal por causa da dengue e sempre fala que não pode deixar água parada, e pede pra gente assinar (P.8)

[...] Ela vai quase todo mês. Esse mês passado ela foi, no outro ela não foi, disse que não deu tempo (P.2)

[...] Eu recebi durante esse ano uma vez, não foi mais, eles mudam era um agora é outro. Teve um aí na época do outro prefeito, era quase todo mês tinha visitas. Teve outro que nos visitou umas duas vezes, aí ficou um tempo sem ir agente de saúde, agora eles trocaram aí o outro mesmo foi só uma vez. Acho que tem dois meses já (P.7).

[...] Eu mudei de bairro, quando eu estava no bairro Manoel pinho eu recebia pelo menos uma vez por mês, e agora devem ter uns cinco meses que não vai ninguém (P.15).

Uma paciente alegou que não recebe visitas periódicas, pois a ACS que a visitava teve problemas de saúde e não a visitou mais. Depois disso estava recebendo visitas por ACS diferentes, ficando até dois meses consecutivos sem recebê-los em sua residência. Quando questionada sobre quando foi a última visita de ACS em sua casa, ela expôs que há quase um mês.

A fala abaixo confirma o disposto acima:

[...] Não por que muda, passou pra um agente de saúde e ela teve problema de saúde, teve que fazer tratamento aí não foi mais, já faz quase um mês. Cada mês era um, por que tava mudando. Tinha vez que ficavam dois meses sem ir agente de saúde, aí agora tem mais ou menos um mês, um mês ou mais (P.16)

A VD é uma das atribuições mais importantes do ACS e seu principal objetivo é acompanhar as famílias e os indivíduos de forma integral. A VD é importante na construção de um elo entre os profissionais da AB e a família, assim como formar vínculo, trazendo como benefício o aumento do acesso dessas pessoas à

assistência à saúde bem como melhorias no acesso a informação referente aos serviços ofertados nas UBS's (NUNES; AQUINO et al., 2018).

Em uma pesquisa realizada por Becker e Oliveira(2011), em um município da Bahia, onde 389 usuários foram entrevistados, apenas 45,8% destes recebem visitas do ACS todo mês, por outro lado, 36,5% informam que não recebem visitas mensalmente. Segundo os resultados, dentre 133 hipertensos e diabéticos 5 não recebem visitas do ACS. É importante ressaltar que 16,2% dos pacientes entrevistados nunca receberam VD do ACS. De acordo com o Ministério da Saúde essa quantidade de visitas é insuficiente, o que torna esse cenário preocupante, pois é através da VD que o ACS realiza promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

De acordo com os pacientes entrevistados as ações mais realizadas pelos ACS é levar informações e orientações como, por exemplo: agendamentos de consultas médicas, vacinas, serviços de odontologia. Na fala dos pacientes percebe-se que são orientados sobre reuniões, como hiperdia, gestante, bolsa família e crescimento e desenvolvimento infantil (CD), campanhas contra Dengue, VD médica na zona rural, orientações sobre febre amarela e outras doenças.

As falas abaixo confirmam o disposto acima:

[...] Ela fala quando tem medico, dentista, reunião de gestante e de quem tem pressão alta, fala também de alguma doença quando eles fazem uma campanha (P.10)

[...] Eles avisam sobre as reuniões de hipertenso, diabético, de gestante, também avisa da bolsa família, do CD, por que eu tenho um bebe, fala também sobre a dengue, e também avisa sobre o medico na zona rural(P.18)

[...] Ele fala sobre as doenças, igual a febre amarela a dengue, fala das vacinas que tem, das reuniões, dos médicos que tem (P.19)

De acordo com Morosini e Fonseca (2018), na rotina do ACS a atividade dominante é a VD, que consiste no acompanhamento das condições de saúde das famílias de sua microárea e na busca dinâmica de acontecimentos específicos. Nas VD, os agentes cadastram os membros da família (para terem condições para o acesso nas unidades), executam orientações diversas, informam sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, entre outras ações. As VD são fundamentais na expressão da presença do ACS no território.

Um estudo realizado em Bauru - SP, os ACS informam que realizam o cadastro das famílias, visitas domiciliares, encaminham os pacientes à UBS, quando identificam algum tipo de doença, e fazem prevenção orientando pacientes diabéticos, hipertensos e gestantes. Buscam também resolver as demandas de acordo com as necessidades de cada família, esclarecendo dúvidas oferecendo informações relativas ao lixo, alimentação, desnutrição e vacinação. Nesse mesmo estudo, foram encontradas em Porto Alegre ações semelhantes às de Bauru, porém eram realizados também orientações sobre higiene e uso correto de medicamentos. Foram encontradas também outras atividades que eram realizadas pelos ACS que não são preconizadas pelo Ministério da Saúde, como: trabalhar na recepção da UBS, organizar pastas e prontuários, controlar materiais e almoxarifado (GOMES et al., 2010).

Grande parte dos pacientes entrevistados entende que o ACS é fundamental nas UBS's. Destacam que os mesmos levam informações sobre as condições da saúde do município. Para esses pacientes a visita do ACS é muito importante, pois ajudam a sanar suas dúvidas referentes a datas de agendamento para as especialidades médicas, como por exemplo, ginecologista, dias e horários de consultas, fora e dentro do município, sobre as reuniões que acontecem na ESF e a importância do CNS. Reconhecem que os ACS atendem as necessidades da população, apontam a importância da aferição regular da pressão arterial em domicílio.

A aferição da pressão arterial é uma das funções do ACS na VD. De acordo com a PNAB (2017): pode ser realizada pelo ACS sendo assistido por um profissional de ensino superior após treinamento e fornecimento de adequados equipamentos, com o intuito de prevenir doenças, promover saúde e encaminhar o paciente para a respectiva unidade de referência (BRASIL, 2017).

Alguns entrevistados acreditam que o ACS poderia realizar mais ações a população que assiste, como: pegar encaminhamentos para pessoas idosas que tem menos condições de ir à ESF, fazer medicações em domicílio para facilitar o acesso dessas pessoas à saúde. Alguns consideram que o ACS poderia fazer visitas mais frequentes e esclarecer mais sobre doenças, principalmente as que acometem mais o município.

As falas abaixo confirmam o disposto acima:

[...] No meu modo de pensar eu acho assim que se uma pessoa idosa que precisa de tratamento, eu acho que eles deviam de pegar um encaminhamento e trazer para o posto de saúde pra agilizar. Tem muita gente que precisa de tratamento mais sério e fica sem saber e às vezes até passa da hora por falta de orientação, tem gente que não sabe correr atrás, ele não tem condição de correr atrás(P.5)

[...] Assim, pra uma pessoa idosa eu acho quetinha que medir pressão, mais não pode mais, medicamento se pudesse fazer nas pessoas idosas em casa, não sei se precisa de vim aqui no postinho (P.7)

[...] Eu acho que poderia ter visitas mais freqüentese dar esclarecimento das doenças que acomete mais a cidade(P.15)

Um participante relatou que não compreende sobre o trabalho do ACS na ESF, e outro expressou que não procura o ACS, pois quando precisa usa diretamente o telefone para entrar em contato com a unidade de saúde e marcar consulta médica.

A fala abaixo confirma o disposto acima:

[...] Sempre que a gente precisa já procuramos direto o médico, ou por telefone, não procuramos o agente de saúde não (P.2)

No estudo de Becker e Oliveira (2011) uma grande parte dos entrevistados relatou alguma queixa diante da visita do ACS, a maior delas diz que o ACS precisa realizar visitas mais freqüentes. A falta de informações ou informações insuficientes também os deixa insatisfeitos.

Outra forma de se entender o trabalho é através da prevenção de doenças e educação em saúde que é realizado durante a VD. Autores evidenciam que o trabalho do ACS facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos e trabalhos ofertados, contribui para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, uma vez que a VD é interpretada, frequentemente, como uma atenção diferenciada e proveniente do Serviço de Saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2009).

5.2 Trabalho do ACS: resolutividade e satisfação

Nesta categoria descrevemos os principais problemas apresentados pelos pacientes e como os ACS resolvem esses problemas e se os entrevistados estão satisfeitos com o trabalho destes profissionais.

Quanto à resolutividade do trabalho os participantes relatam que o ACS consegue resolver os problemas que são apresentados a eles durante a VD. A resolutividade está relacionada quanto às orientações informadas sobre as mudanças que ocorrem na ESF, disponibilidade de medicamentos para hipertensos, previsão de regularidade de medicamentos em faltas, alerta sobre as reuniões, marcação de consultas, aviso de campanhas de vacinações, aconselhamentos e conforto quanto a doenças prevalentes em sua família.

As falas abaixo confirmam o disposto acima:

[...] Sempre consegui resolver, às vezes não estamos sabendo de alguma coisa perguntamos e eles sabem responder. Sobre as mudanças daqui do postinho, às vezes tem um médico que esta atendendo em um horário, ou em outro horário ou parou de atender. Sobre as prevenções, o dia de fazer. Eles informam isso tudo que a gente pergunta pra ele(P.1)

[...] Por exemplo, com o remédio da pressão, o agente de saúde passa ai as vezes ele fala: lá no postinho tá tendo, não ta tendo (P.3)

[...] Já resolveu várias vezes, quando teve campanha de vacinação ela veio falar que tinha aí eu fui, uma vez também deixei água parada e ela falou que não podia por causa da dengue (P.10)

Algumas pessoas não apresentaram nenhum problema para o ACS resolver, mas alegam que sempre que há alguma dúvida em relação a qualquer coisa dentro da UBS eles sabem informar. Paciente relata que quando o ACS é prestativo ele consegue sim resolver os problemas, mas que ela nunca havia apresentado nenhum. Outra paciente relatou que o ACS não consegue resolver os problemas apresentados pela comunidade. Ela alega que a condição de trabalho deles é mínima e então ela prefere não apresentar. E há também uma quantidade significativa de pacientes que não apresentam problemas aos ACS's para que eles possam tentar resolver.

As falas abaixo confirmam o disposto acima:

[...] Eu não tive um problema, mas se eu perguntar alguma coisa ela sempre me fala certinho (P.14)

[...] Quando é um agente que é prestativo consegue, mas comigo mesmo não teve problemas não, nem com minha família (P.15)

[...] Não, porque a gente já sabe que a condição é mínima aí a gente nem apresenta (P.5)

[...] Não, nunca foi preciso não (P.7)

A introdução dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Atenção Básica alcança cada dia mais notoriedade pelo considerável papel realizado na equipe de saúde da família, apresentando, na maioria dos estudos, impactos positivos nos indicadores em saúde e satisfação da população(URSINE;TRELHA;NUNES, 2010).

Barralhas e Pereira (2013) destacam sobre a importância do papel desempenhado pelos ACS no ambiente da saúde da família, uma vez que a junção entre usuário e equipe é fundamental para a concretização da Estratégia de Saúde da Família, afinal, é a partir do que os ACS veem e ouvem dos usuários que as ações de saúde serão elaboradas pela equipe. Eles atuam como intercessores sociais, o que por um lado revela o ACS como àquele que descreve para a equipe as necessidades da população, e de outro seria a condição para garantia de vinculação e identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade em relação às ações ofertadas pelo serviço.

O ACS é responsável por um trabalho árduo e importante, pois conta com suas ações vinculações e o conhecimento dos modos e hábitos da população, sendo assim existe uma ação prática de se aproveitar o espaço íntimo da família e de identificar dentro daquele campo os riscos e as necessidades de saúde. A maior dificuldade desse processo reside no fato da saúde ser, antes de qualquer coisa, uma experiência individual. As formas como as pessoas percebem sua saúde, e os meios como cuidam dela, são tão diversas quanto às diferentes formas de significar e experimentar a vida(FILGURAS; SILVA, 2011).

Segundo Baralhas e Pereira (2013) os ACS demonstraram carência nas ações resolutivas e de respaldo por parte dos profissionais da ESF. Isso foi apresentado, pois se destaca os problemas relacionados ao mau atendimento e ao déficit na oferta de serviços. É evidente que os usuários compreendem quando ocorrem divergências durante as orientações e informações fornecidas pelos ACS durante as VD.

Quanto à satisfação dos participantes em relação ao trabalho do ACS, grande parte dos entrevistados afirma estarem satisfeitos. Destacam que os ACS são atenciosos, educados e deixam a população informada sobre as atividades realizadas na ESF. Enfatizam que gostam de receber VD, pois os ACS promovem a orientação sobre os cuidados necessários para prevenir quaisquer doenças.

As falas abaixo confirmam o disposto acima:

[...] Estou muito satisfeita graças a Deus. Esta tudo assim certinho, o que eles fazem mesmo, ir às residências, fazer os acompanhamentos, conversa com a gente, não tenho nada o que reclamar (P.17)

[...] Demais, ela ajuda muito a gente , quando ela vai la em casa eu fico muito bem informado, e eu gosto muito dela, é atenciosa e explica tudinho pra gente (P.8)

[...] Estou sim, acho muito importante o serviço deles (P.19)

Fadel et al. (2011) constataram um nível grande 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 excelente em todas as classes sociais, variando de 71,4%, para as classes sociais mais altas a 95,2%, nas classes sociais mais baixas.

Por outro lado, há pacientes que acham que tem como melhorar a qualidade do serviço prestado, pois os ACS têm condições para isso. Podendo levar mais conteúdos nas visitas seguido de orientações, pois entende-se que fica muito vago. Outro fator é a realização da VD com mais frequência, pois assim o ACS vai ter condições de identificar os riscos e as vulnerabilidades da população em seu território.

As falas abaixo confirmam o disposto acima:

[...] Estou bem satisfeita, poderia melhorar na questão de acontecer com frequência às visitas, mudei e já tem cinco meses que eles não vao, poderia melhorar isso (P.15)

[...] Tem como melhorar né, eu acho que tem como melhorar, porque tem condições para isso (P.5)

[...] Eu acho que eles têm que ser mais freqüentes né, por que tem vez que vai tem vez que não. As orientações ficam vagas, às vezes a gente perde as coisas aqui no postinho por falta de orientação, por falta de avisar (P.16)

Esse quesito foi o mais bem avaliado pelos usuários que participaram da pesquisa de Oliveira et al. (2003), em Anastácio, Mato Grosso do Sul. 80% dos entrevistados mostraram que estão satisfeitos com o atendimento fornecido pelo ACS e afirmam, ainda, que o profissional tem grande conhecimento sobre a família, mantendo todos os registros e anotações.

Avaliação da satisfação dos usuários faz parte das avaliações relacionadas ao âmbito dos serviços de saúde, fortalecendo a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação. Os usuários se tornam protagonistas nesse processo, pois se tornam reais avaliadores, desenvolvendo seus direitos como

cidadãos e os envolvendo também na corresponsabilização da produção do cuidado à saúde, influenciando na oferta dos cuidados e assim possibilitar uma qualidade e resolutividade maior. De modo conseqüente, a avaliação consubstanciada da interação entre o serviço de saúde e os usuários pode colaborar para a edificação de alternativas paralelas para intervenções adequadas para desvendar problemas presentes no cotidiano dos serviços, viabilizando avanços no âmbito da produção e da gestão. (PROTASIO et al., 2017).

Segundo Becker e Oliveira(2011), verificaram em seu estudo que a maioria dos pacientes entrevistados aceita receber a visita do ACS, porém um pouco mais da metade sabem o nome do ACS que o visita. Uma menor parte nunca recebeu VD. De todos os entrevistados 73,5% confiam em seu ACS e 76,9% convidam o trabalhador para entrar em sua casa. Apenas 26,5% relatam que estão satisfeitos com as orientações realizadas pelo ACS, 21,1% estão parcialmente satisfeitos e 09% estão totalmente insatisfeitos com as orientações e o serviço prestado pelo mesmo. Para avaliar a qualidade das visitas foi utilizada uma escala de 0 a 10, onde 22,9% atribuíram 10.

A VD segue como a atividade a qual os ACS conferem maior importância e que compõe a sua rotina de trabalho. A resolutividade do ACS depende da integração de práticas clínicas que conduz a uma reflexão que evidentemente não se restringe ao profissional, mas abrange o sistema de saúde. (MARASONI;FONSECA,2018)

Tradet al. (2002), concluíram em sua pesquisa que os usuários demonstraram um grau alto 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. Profissionais, que receberam destaque em relação à satisfação daqueles usuários foi os ACS, sendo lembrados como o primeiro contato entre a família e a equipe da ESF. O ACS foi identificado como alguém que promove laços entre a população e a equipe de saúde. São valorizados, pois possuem conhecimentos e informações, tornando o método de cuidado à saúde menos difícil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aspectos pesquisados sobre satisfação dos usuários na assistência do agente comunitário de saúde que atuam em Gameleira de Goiás revelaram características semelhantes às de outros estudos nesse sentido, realizados em outras regiões do país.

Pode-se afirmar que ao examinar as percepções dos usuários de Gameleira de Goiás em relação à satisfação, VD, entendimentos e ações, concluiu-se que, os usuários mostraram possuir um bom conhecimento em relação ao trabalho executado pelo ACS.

Atividades relacionadas à atuação dos ACS mostraram que os usuários reconhecem a importância do trabalho prestado para a população. É preciso destacar a visão do usuário, pois demonstra que além de perceber a importância do trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família, ele tem noção da integralização dos cuidados de saúde.

Por outro lado, essa atuação se resume às orientações que são feitas para a comunidade e, muitas vezes, essa diz respeito a como conseguir o acesso ao tratamento. É importante ressaltar que outras ações educativas e preventivas na ESF como, por exemplo, a realização de palestras não teve tanta importância para os usuários como as atividades que são realizadas durante a VD.

Outro ponto importante diz respeito aos aspectos que facilitam a atuação do ACS. Apesar de muitos usuários não terem comentado em nenhum fator que facilitasse a atuação do ACS, destaca-se o vínculo criado com as famílias como o conhecimento e a liberdade que eles têm com cada família sob sua responsabilidade, de orientá-las, assim como a união, a comunicação, que são apontados para facilitar a vida da população.

Assim, torna-se necessário, garantir aos usuários uma educação continuada, especialmente no sentido de desenvolver curiosidades, assim a comunidade se torna mais participativa e dinâmica, tornando o ACS transformador.

Embora tenham sido formuladas diversas perguntas aos entrevistados visando à compreensão da 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.

Sugerimos a realização de novos estudos com essa temática, para mostrar a importância do processo de trabalho do ACS para a comunidade, garantindo uma educação continuada, especialmente no sentido de desenvolver capacidades de atuação como novos enfoques e estratégias de trabalhar com a comunidade de forma dinâmica e participativa, tornando-se um agente transformador.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Viviane Milan Pupin; CARDOSO, Cármen Lúcia. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **PsicoUSF**, Itatiba , v. 22, n. 1, p. 87-98, Abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712017000100087&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Dez. 2018.
- BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 3, p. 358-365, June 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:30 Out. 2019.
- BARDIN. Laurence. **Análise de conteúdo**. 3.ed. São Paulo: edições 70 p. 149. 2011. Disponível em: Associação Educativa Evangélica biblioteca. Acesso em: 30 de Out. 2018.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da família**. Departamento de atenção básica/DAB. Brasília: Ministério da saúde, 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab.abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 10 de Out de 2018.
- BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Política da Saúde, Brasília. Ministério da Saúde ,2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf>. Acesso em: 22 de Dez. 2018.
- BRASIL. **Manual instrutivo pmaq**. 2ª edição. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 de Out. 2018.
- BRASIL. **Auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica-amaq**. 2ª edição. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidade_amaq_2ed.pdf>. Acesso em: 08 de Out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 07 de Out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília (Brasil): Ministério da saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 10 de Out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 10 de Out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (Brasil): Ministério da saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília (Brasil): Ministério da saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-oprograma>>. Acesso em: 07 de Out. 2018.

DALPIAZ, Kelen, Ana; STEDILE, Rech, Lúcia, Nilva. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexão sobre algumas de suas premissas. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAÚDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 07 de Out. 2018.

FADEL, Cristina Berger; MOURA, Amanda M. G.; BITTENCOURT, Monise 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600127&lng=pt>. Acesso em: 08 de Nov. 2019.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, Abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2018.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2019.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Telino de; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042016000300064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2018.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2019.

GIL, Antonio, Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A. p.42. 2002. Disponível em: biblioteca virtual. Acesso em: 01 Nov. 2018.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, supl. 2, p. 1427-1440, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000601427&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2018.

GOMES, Karine de Oliveira et al . O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1143-1164, Dec. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico Gameleira-GO**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/gameleira-de-goias/panorama>>. Acesso em: 18 Maio 2019.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 957-963, Dez. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Dez. 2018.

LUCIO, Maria Del Pilar Baptista; COLLADO, Carlos Fernández; SAMPIERI, Roberto Hernandez. **Metodologia de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: p.33. 2013. Disponível em: Associação Educativa Evangélica biblioteca. Acesso em: 31 Out. 2018.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas S.A. p.149. 2010. Disponível em: Associação Educativa Evangélica biblioteca. Acesso em: 01 Nov. 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 1, e00206316, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Nov. 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 261-274, set. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500261&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov. 2019.

PARANAGUÁ, Thatianny Tanferi de Brito. et al., As praticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. Rio de janeiro: **Rev. enferm. UERJ**, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a14.pdf>>. Acesso em: 07 de Out. 2018.

PEREIRA, José Matias. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas S.A. p.90. 2012. Disponível em: Associação Educativa Evangélica biblioteca. Acesso em: 30 Out. 2018.

PINHEIRO, Ricardo Lana; GUANAES-LORENZI, Carla. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 19, n. 1, p. 48-57, Mar. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2014000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2018.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco/uerj, IMS, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100014>. Acesso em: 31 Out. 2019.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al . Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1829-1844, jun. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601829&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Out. 2019.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, p. 1027-1034, Dez. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2018.

SAKATA, Karen Namie; MISHIMA, Silvana Martins. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 665-672, Jun 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2018.

SILVA, Carlos Roberto Castro e et al . Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 26, n. spe2, p. 113123, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822014000600012&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2018.

TRAD, LenyAlvesBomfim et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. Saúdecoletiva**, São Paulo , v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300015&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov. 2019.

URSINE, Bárbara Lyrio; TRELHA, Celita Salmaso; NUNES, Elisabete de Fátima Polo Almeida. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 35, n. 122, p. 327-339, Dec. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200015&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Out. 2019.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (PSF) – proposição e programação**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.saudebucalcoletiva.Unb.br>>. Acesso em: 22 Dez.2018.



APENDICEA—TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

ESTRATÉGIADA SAÚDE DA FAMÍLIA: SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS NA ASSISTÊNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Prezado participante, você está sendo convidado para participar da pesquisa **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: satisfação de usuários na assistência do**

Agente Comunitário de Saúde, **Desenvolvida por:** Amanda Maria Martins Xavier, 9090 062 993052166, **Daiane Bruna de Sousa** 9090 062 993024035, sob orientação da Profa. **M.eNajla Maria Carvalho de Souza** - Fone: 9090 (62) 9222-4618.

Informamos que estes telefones estarão à disposição a qualquer momento antes, durante e após o estudo para sanar eventuais dúvidas, mesmo em ligações a cobrar para qualquer um dos números acima citados. Havendo dúvidas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniEVANGÉLICA pelo telefone: (62) 3310-6736.

O objetivo central do estudo é descrever a qualidade da assistência prestada durante as visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde sob a ótica dos usuários. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua colaboração, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Comprometemo-nos a manter a confidencialidade dos dados coletados nos arquivos, bem como garantir a privacidade de seus conteúdos de acordo com a Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/12.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista que incluem questões norteadoras referentes a satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelos ACS. A entrevista será gravada, em gravador de som MP4, somente será gravada se houver a sua autorização: ()

desejo gravação de som; () não desejo gravação de som. Você será questionado a respeito do serviço do Agente Comunitário de Saúde (ACS) prestados a sua família. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 30 minutos.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, após esse período será incinerado pelos pesquisadores responsáveis, conforme Resolução CNS 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

Entendendo que, se tratando de pesquisas que envolvem seres humanos, existem riscos, mesmo que mínimos. Os riscos a que os participantes estarão expostos neste estudo são: risco de ter sua identidade revelada, constrangimentos. Os procedimentos para minimizar os riscos são: realizar uma abordagem individual na coleta de dados, em uma sala reservada dentro da UBS; garantir sigilo aos participantes do estudo e assegurar aos mesmos que seus nomes serão substituídos pela letra P seguido por números ordinais; os materiais da coleta de dados ficarão armazenados em local seguro por cinco anos sobre responsabilidade dos pesquisadores e após este período serão incinerados. Caso o participante não queira mais participar da entrevista, será garantido total liberdade para o mesmo se retirar da sala; garantimos assistência integral e gratuita em casos de danos imediatos e tardios resultantes da participação no estudo. Os benefícios: contribuir para melhoria dos serviços ofertados pelos ACS do município, adquirindo assim melhorias nos serviços de saúde das ESF, trazendo muitos benefícios para a comunidade. Faremos panfletos, explicando quais as atribuições dos ACS, para conscientizar a comunidade. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para as entrevistadas, artigos científicos e na defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Desde já agradecemos

Atenciosamente.

Najla Maria Carvalho de Souza

Pesquisadora Responsável – UniEVANGÉLICA

Contato com a pesquisadora responsável: Endereço: Avenida Universitária,
Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75070-290

AMANDA MARIA MARTINS XAVIER
Pesquisadora Pesquisadora

DAIANE BRUNA DE SOUSA

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu _____,RG/CPF _____
 abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo **PESQUISA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: satisfação de usuários na assistência do agente comunitário de saúde**, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores Amanda Maria Martins Xavier e Daiane Bruna de Sousa sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. A mim foi dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefone para entrar em contato, a cobrar caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato CEP-UniEVANGÉLICA, fone: 3310-6736, caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Unidade de Saúde:	Área	Microárea:
Participante nº _____		Idade:
Tempo de utilização do serviço da ESF:		

PERGUNTAS NORTEADORAS:

1. Você recebe visitas periódicas do ACS em sua casa?
2. Quais as ações realizadas pelos ACS em sua casa?
3. Qual o seu entendimento sobre a atuação do ACS na ESF?
4. Na sua opinião qual a importância do trabalho do ACS para você e sua família?
5. O ACS consegue resolver os problemas que você apresenta?
6. Qual sua satisfação com o serviço prestado pelo ACS a sua família?

ANEXO A -DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada **“ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NA ASSISTENCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE”** realizada por Amanda Maria Martins Xavier, telefone de contato 9090 62 993052166, e Daiane Bruna de Sousa, telefone de contato 9090 62 993024035 matriculadas no Curso de enfermagem da UniEVANGÉLICA, sob a orientação da professora **M.eNajla Maria Carvalho de Souza**, a fim de desenvolver TCC, para obtenção do título de bacharel em enfermagem, sendo esta uma das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa. A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: descrever a qualidade da assistência prestada durante as visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde sob a ótica dos usuários, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se utilizar a entrevista semiestruturada como técnica para a coleta de dados, que se constitui de um roteiro com perguntas norteadoras. Será realizada inicialmente uma visita às ESF com o intuito de entender a rotina da unidade. O nome do participante do questionário será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

Os riscos a que os participantes estarão expostos neste estudo são:risco de ter sua identidade revelada, constrangimentos. Os procedimentos para minimizar os riscos são: realizar uma abordagem individual na coleta de dados, em uma sala reservada dentro da UBS; garantir sigilo aos participantes do estudo e assegurar aos mesmos que seus nomes serão substituídos pela letra P seguido por números ordinais; os materiais da coleta de dados ficarão armazenados em local seguro por cinco anos sobre responsabilidade dos pesquisadores e após este período serão incinerados. Caso o participante não queria mais participar da entrevista, será garantido total liberdade para o mesmo se retirar da sala; garantimos assistência integral e gratuita em casos de danos imediatos e tardios resultantes da participação no estudo.

Os benefícios: contribuir para melhoria dos serviços ofertados pelos ACS do município, adquirindo assim melhorias nos serviços de saúde das ESF, trazendo muitos benefícios para a comunidade. Faremos panfletos, explicando quais as atribuições dos ACS, para conscientizar a comunidade.

Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS nº. 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, ____ de _____ de 2019.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NA ASSISTÊNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Pesquisador: NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10298719.3.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.367.167

Apresentação do Projeto:

Número do Parecer: 3.274.165

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a satisfação da assistência prestada durante as visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde sob a ótica dos usuários.

Objetivo Secundário:

Descrever o trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) na família. Identificar se há um vínculo entre o ACS e a família.

Verificar se o trabalho desenvolvido pelo ACS na visita domiciliar (VD) está de acordo com a PNAB

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Número do Parecer: 3.274.165

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Número do Parecer: 3.274.165

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos listados abaixo foram analisados, conforme a Resolução 466/12 do CNS e permitiram a avaliação ética.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-015
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (52)3313-6736 Fax: (52)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Formulário CEP-167

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Lista de pendências

PENDÊNCIA 1. O projeto justifica a seleção do município onde o estudo será realizado, contudo não identifica diretamente o município. O município é identificado apenas na declaração de instituição coparticipante de pesquisa. Registrar no projeto e na plataforma Brasil o município onde o estudo será conduzido. Corrigido na página 16 do Projeto e Plataforma Brasil: "O estudo será realizado nas duas únicas ESF's do município de Gameleira de Goiás. O município foi selecionado para campo de estudo por ser um município pequeno e de fácil acesso das pesquisadoras. A estimativa populacional em 2017 para o município foi de 27.288 (IBGE, 2018)." **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

PENDÊNCIA 2. De acordo com o projeto, o município contém 12 micro áreas, e há relatos de satisfação dos usuários de uma única micro área. Assim, surgiu o interesse em se investigar as 11 micro áreas restantes. Não fica claro no projeto se as 11 micro áreas remanescentes podem ser avaliadas pela coleta de dados em duas unidades de saúde. O município possui apenas as duas unidades de saúde que serão incluídas no projeto?

Corrigido na justificativa do projeto de pesquisa (página 06) e plataforma Brasil. O ACS é uma peça fundamental no trabalho realizado pela ESF. O interesse pelo tema abordado surge do conhecimento do trabalho do ACS na cidade de Gameleira de Goiás. O município contém doze microáreas, onde há relatos verbais de satisfação dos usuários de uma única microárea. Apesar de se conhecer a satisfação dos usuários de uma microárea, surge o interesse de se investigar e registrar a satisfação de mais usuários acompanhados pelos ACS, para melhor conhecimento e formulação de ações em saúde eficazes pela equipe multiprofissional. Corrigido no Projeto de pesquisa (página 16) e Plataforma Brasil. O município conta com 3.640 usuário cadastrados nas duas ESF'S – denominadas de ESF 01 e 02. São duas áreas, sendo a primeira denominada de área 301 (ESF 01) compostas por sete micro-áreas e a segunda área 302 (ESF 02), composta por cinco micro-áreas. São doze ACS, distribuídos um para cada cadamicro-área. **PENDÊNCIA ATENDIDA.**

PENDÊNCIA 3. Mesmo sendo uma amostra coletada de forma aleatória e por conveniência,

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6836 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Contribuição do Pesquisador: 3.267.167

consubstanciar o cálculo amostral, identificando por exemplo a população total (estimativa do número de usuários atendidos nas unidades que estão dentro dos critérios de inclusão do estudo). Corrigido na página 16 do projeto de pesquisa e plataforma Brasil. A amostra será recrutada de forma aleatória e por conveniência. A estimativa é de entrevistar 30 pacientes, que aguardam atendimento na unidade, pois o fluxo semanal da unidade para as duas áreas por semana é de 120 pacientes. Assim, espera-se que 30 deles estejam dentro dos critérios de inclusão do estudo. **PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA**

PENDÊNCIA 4. Incluir no projeto como critério de inclusão no estudo a permissão da gravação dos dados. Inserido na página 17 nos critérios de inclusão do Projeto Detalhado e na Plataforma Brasil. Aceitar gravar a entrevista através do gravador MP4.

Corrigido também no projeto e plataforma Brasil. Serão excluídos neste estudo os usuários fora da área de cobertura das ESF's, pois não possui ACS para acompanhamento familiar. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

PENDÊNCIA 5. Padronizar o período necessário para as entrevistas, constam 30 minutos no projeto e 20 minutos no TCLE. Padronizado no TCLE no projeto detalhado (página 29): O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 30 minutos. Anexado na plataforma Brasil novo TCLE. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

RECOMENDAÇÕES

No tópico objetivos específicos escrever primeiramente a forma por extenso a sigla VD, seguida da sigla. Corrigido no projeto detalhado (pag.07) e plataforma Brasil: Verificar se o trabalho desenvolvido pelo ACS na visita domiciliar (VD) está de acordo com a PNAB. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.085-515
 UF: GO Município: ANAPOLIS
 Telefone: (62)3316-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Contrato nº 001/2019 - 3.267.167

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1314391.pdf	18/05/2019 14:38:01		Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento.docx	18/05/2019 14:37:42	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Outros	Instrumentocoleta.docx	18/05/2019 14:34:54	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.docx	18/05/2019 14:34:05	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.docx	18/05/2019 14:33:37	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipante.pdf	26/03/2019 12:13:03	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folhadestoste.pdf	26/03/2019 12:08:04	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 04 de Junho de 2019.

Assinado por:
Brunno Santos de Freitas Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária CEP: 75.083-515
UF: GO Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 Fax: (62)3310-6636 E-mail: cep@unievangelica.edu.br