

Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família

Assessment of sanitation and housing conditions:
the importance of home visits
in the Family Health Program context

Catarina Machado Azeredo¹
Rosângela Minardi Mitre Cotta¹
Márcia Schott¹
Társis de Matos Maia¹
Emanuele Souza Marques¹

Abstract *Knowledge of health-related environmental conditions - such as basic sanitation and housing - are of singular importance for establishing measures designed to upgrade the quality of life at the individual, family and community levels. Through home visits, this paper evaluates families enrolled in the Family Health Program (FHP) in Teixeira, Minas Gerais State, Brazil, including their housing and basic sanitation conditions. A transverse observational study, its semi-structured questionnaire was applied to 10% (n=364) of the families enrolled in this Program. The net water supply coverage reached 83% of homes in urban areas and 11.7% in rural areas. The public water supply was the final disposal point for the water used in 82.2% of urban dwellings and 10.9% of rural homes. Home visits offer inside glimpses into the lives of the beneficiaries of this Program, particularly in view of the unequal distribution of the sanitation infrastructure between urban and rural areas, constituting an important tool for the Family Health Strategy, by helping identify the key factors in the health x disease processes noted in the settings within which these families live, and paving the way to better health through Health Education. Key words* **Basic sanitation, Family Health Program, Health Education**

Resumo *O conhecimento das condições do meio pertinente à saúde, como saneamento e moradia, são essenciais no estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, famílias e comunidades. Objetivou-se avaliar, através de visitas domiciliares, as condições habitacionais e de saneamento básico das famílias adstritas no PSF de Teixeira-MG. Tratou-se de estudo observacional transversal, com realização de entrevistas a 10% (n=364) das famílias adstritas no PSF, utilizando questionário semi-estruturado. A cobertura por rede de abastecimento de água era de 83% dos domicílios da zona urbana e 11,7% da zona rural, e a rede pública era o destino final da água utilizada em 82,2% dos domicílios da zona urbana e de apenas 10,9% da zona rural. Destaca-se distribuição desigual de infra-estrutura e saneamento entre as zonas urbana e rural. A visita domiciliar permitiu um olhar in loco da realidade do usuário do PSF e se constitui em importante instrumento na Estratégia Saúde da Família, identificando determinantes do processo saúde-doença percebidos no ambiente em que vivem as famílias e possibilitando promoção da saúde por meio da educação em saúde. Palavras-chave* **Saneamento básico, Programa Saúde da Família, Educação em saúde**

¹Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Avenida P.H. Rolfs s/n, Campus Universitário. 36570-000 Viçosa MG. caty.azeredo@gmail.com

Introdução

O conhecimento das condições do meio pertinente à saúde, como saneamento e moradia, são de singular relevância no estabelecimento de medidas de promoção da qualidade de vida do indivíduo, famílias e comunidades. De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde¹, o conceito de saúde entendido como resultado do estilo de vida, condições biológicas e acesso aos bens e serviços, diretamente relacionado aos determinantes de saúde de uma comunidade, transcende as concepções que tendem a reduzir os problemas sanitários ao âmbito das doenças e dos serviços de saúde hospitalocêntricos, destacando-se os aspectos da promoção e prevenção. Neste sentido, o reconhecimento da gama de fatores que influenciam a saúde vem evoluindo desde os antigos conhecimentos de saneamento básico, dirigido à prevenção e controle dos riscos biológicos, à situação atual onde se reconhece a necessidade de uma estratégia que incorpore, além daqueles riscos, fatores químicos, psicossociais, físicos e sindrômicos presentes na habitação e peridomicílio².

Segundo o conceito de habitação saudável, a habitação é considerada como um agente da saúde de seus moradores e relaciona-se com o território geográfico e social onde se assenta, os materiais usados para sua construção, a segurança e qualidade dos elementos combinados, o processo construtivo, a composição espacial, a qualidade dos acabamentos, o contexto global do entorno (comunicações, energia, vizinhança) e a educação em saúde e ambiente de seus moradores sobre estilos e condições de vida saudável^{2,3}. Do ponto de vista do ambiente como determinante da saúde, a habitação se constitui em um espaço de construção e desenvolvimento da saúde da família⁴.

A inclusão da família como foco da atenção básica em saúde ultrapassa o cuidado individualizado focado na doença, contextualizando a saúde produzida num espaço físico, social e relacional, resgatando assim, as múltiplas dimensões do processo saúde-doença^{5,6}. Para tal, deve-se considerar o meio no qual o indivíduo e as famílias se inserem cotidianamente, conhecendo melhor as variáveis que direta ou indiretamente interferem no bem-estar e desenvolvimento.

A estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) pauta-se numa assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à popula-

ção, tanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) como no domicílio, objetivando um atendimento adequado às reais condições de risco as quais as famílias estão expostas buscando uma intervenção mais apropriada na minimização dos agressores à saúde⁷. As atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar do PSF devem se basear na identificação dos problemas de saúde prevalentes, tendo como referência o perfil epidemiológico, demográfico e social da população².

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo⁸, estão entre as competências da Equipe de Saúde da Família (ESF) a assistência integral incorporando como objeto das ações a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais e a visita domiciliar com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias.

É preconizado que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realize, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês, sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. Cabe aos demais profissionais da ESF planejar suas visitas domiciliares procurando atender as demandas identificadas pelos agentes⁹.

O acompanhamento dos ACS em microáreas selecionadas no território de responsabilidade das UBS, através das visitas domiciliares, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego da atenção domiciliar, considerando que esses profissionais observam a situação no domicílio e o comportamento das famílias, conversam com as pessoas para aprofundar o conhecimento sobre a situação observada, orientam sobre atitudes promotoras e protetoras de saúde, encaminham para atendimento programado ou não (consultas, vacinas) e informam para os outros profissionais da equipe as situações de maior risco^{8,10}.

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde¹¹.

Desde esta perspectiva, este estudo tem como objetivo avaliar, através de visitas domiciliares, as condições habitacionais e de saneamento básico das famílias adscritas no PSF de Teixeira-MG, enquanto importantes fatores determinantes e condicionantes da saúde e qualidade de vida da população local.

Sujeitos e métodos

Neste estudo, foram analisados dados relativos às condições de habitação e saneamento das famílias cadastradas e assistidas pelas ESF do município de Teixeira-MG. A pesquisa foi realizada nos domicílios dos usuários, durante o período de novembro de 2003 a fevereiro de 2004.

O município de Teixeira situa-se na Zona da Mata Mineira, microrregião de saúde de Viçosa-MG, estando distante de Belo Horizonte, capital do estado, 204 km. Possui uma área territorial de 167,0 km², densidade demográfica de 66,8hab/km², atingindo uma altitude de 648m¹². Segundo o último censo demográfico realizado em 2000, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹³, a população total é de 11.149 habitantes, distribuída em 6.949 habitantes na zona urbana (62,3%) e 4.200 (37,67%) na zona rural, apresentando uma taxa de urbanização de 62,3% e uma taxa de crescimento anual de 1,23%¹². O PSF atende a 100% das famílias residentes no município, sendo dividido, na época do estudo, em três ESF.

O presente estudo é observacional transversal, cujo instrumento de coleta de dados foi a realização de entrevistas aplicadas nos domicílios dos usuários, tendo como roteiro um questionário semi-estruturado. A amostra foi aleatória estratificada pelas diferentes microáreas de saúde, garantindo, dessa forma, a representatividade equitativa entre os mesmos e conseqüentemente entre as zonas rural e urbana, representando 10% (n=364) dos domicílios adscritos no PSF de Teixeira-MG.

As entrevistas foram realizadas por pesquisadores devidamente treinados. Os dados relativos à habitação e saneamento foram obtidos mediante informação dos entrevistados associada à observação *in loco* feita pelos entrevistadores. Os entrevistadores tiveram o apoio dos ACS que os acompanharam nas visitas, facilitando o acesso destes aos domicílios e às famílias.

Segundo Pallas & Villa¹⁴ e Richardson¹⁵, antes de iniciar o estudo é necessário provar o instrumento. O estudo piloto ou pré-teste refere-se à aplicação prévia do questionário a um grupo que apresente as mesmas características da população incluída na pesquisa. Tem por objetivo revisar e direcionar aspectos da investigação. Para tal, foi realizado um teste piloto em outro município distinto do estudado, mas com características similares às incluídas neste estudo. Após o estudo piloto, foram identificadas questões mal formuladas ou cuja ordem estava incorreta, bem

como erros cometidos pelo entrevistador. Depois de realizar as mudanças oportunas, se obteve a versão definitiva, bem como o treinamento dos entrevistadores.

As variáveis referiram-se às características sociodemográficas dos usuários, habitacionais e de saneamento básico dos domicílios.

Para análise dos dados, utilizou-se o *software* Epi-Info 6.04¹⁶. Na análise estatística para testar a possível associação entre as variáveis estudadas, utilizou-se o teste de correlação de Pearson com nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação por parte da comissão de ética em pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Os participantes do estudo foram orientados em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

Resultados

Características do Programa de Saúde da Família e das Equipes de Saúde da Família

No município de Teixeira, cada uma das três equipes do PSF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS, estando em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde¹⁷. A cobertura total do PSF é de 100% da população (11.729 pessoas distribuídas em 3.256 famílias), conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica¹⁸ obtidos na UBS da localidade.

Características dos usuários do Programa de Saúde da Família

A Tabela 1 informa sobre as características socioeconômicas dos usuários entrevistados. Em relação ao perfil destes usuários, a maioria era do sexo feminino (89%), estava na faixa etária entre 40 e 59 anos (36%), possuía o ensino fundamental incompleto (62,8%), trabalhava apenas no lar (53%) e tinha renda total de 1 até 1,9 salários mínimos (36,5%).

Situação da habitação

Conforme se pode observar, na Tabela 2 se apresentam as condições de habitação dos domicílios estudados. Quanto ao local de residência dos usuários, a maioria (64,8%) residia na

zona urbana e em casa própria (75,3%). O número de residentes no domicílio variou entre o valor mínimo de 1 e o máximo de 9 moradores, destacando-se os seguintes percentuais: 3 moradores (27,7%), 2 moradores (24,2%), 4 moradores (21,4%); a média foi de 3 moradores por domicílio.

Considerando o material utilizado para a construção das residências, predominantemente utilizou-se tijolo tanto na zona urbana (99,2%) quanto na rural (95,4%). A existência de reboco nas paredes dos domicílios, bem como o bom

estado de conservação do mesmo, foi estatisticamente maior na zona urbana do que na zona rural ($p=0,009$).

Os principais materiais de cobertura encontrados foram a laje na zona urbana (59%) e a telha de cerâmica na zona rural (46,7%) ($p=0,007$). O tipo de piso mais freqüente foi a cerâmica na zona urbana (51,7%) e o cimento na zona rural (47,6%) ($p=0,004$). Constatou-se que o combustível mais utilizado para fins domésticos foi o gás na zona urbana (69,5%) e o uso concomitante de gás e lenha na zona rural (64,8%) ($p=0,006$). Quanto à iluminação, predominou a elétrica nas residências tanto da zona urbana (98,8%) quanto da rural (96,1%), havendo, ainda, outras formas de iluminação como querosene e gás.

As condições gerais da habitação foram avaliadas pelos entrevistadores através da observação *in loco*, tendo como referência o material usado na construção, reboco, tipo de piso, tipo de cobertura. Foram classificadas como ótimas as residências que apresentassem todos os quatro itens adequados; como boas, as casas inadequadas em um item; como regulares as casas com dois itens inadequados e como ruins as casas que se apresentavam inadequadas em todos as variáveis avaliadas (Gráfico 1).

Condições de saneamento

Conforme está demonstrado na Tabela 3, a avaliação realizada nos domicílios permitiu o conhecimento das condições de saneamento em que vive a população em estudo.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos usuários do Programa Saúde da Família de Teixeira-MG, Brasil (2003-2004).

Variáveis	%
Sexo	
Feminino	89
Masculino	11
Faixa etária (anos)	
≤ 25	7
De 26 a 39	26
De 40 a 59	36
≥ 60	31
Escolaridade	
Analfabeto	21,5
Fundamental incompleto	62,8
Fundamental completo	4,5
Médio incompleto	3,1
Médio completo	6,7
Superior	1,4
Profissão	
Do lar	53
Aposentados	23,4
Doméstica	6,3
Lavradores e agricultores	4,9
Outros*	12,4
Renda <i>per capita</i> (sm**)	
≤ 1,0	36,3
1,1 a 1,9	36,5
2,0 a 4,9	20,3
≥ 5	5,5
Não souberam relatar	1,4

* outros (pedreiro ou servente, estudante, comerciante, vendedor, professor).

** Salário mínimo vigente.

Gráfico 1. Condições gerais da habitação de usuários do PSF de Teixeira-MG, Brasil (2003-2004).

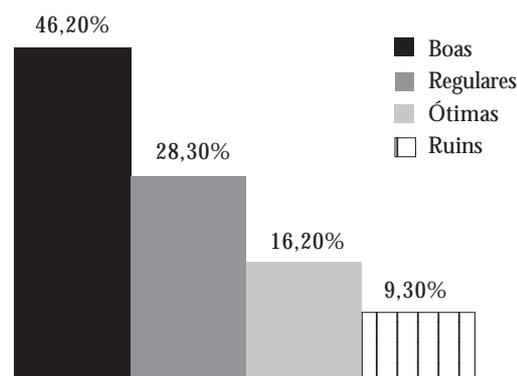


Tabela 2. Condições de habitação dos domicílios avaliados segundo a situação urbana e a rural do município de Teixeira-MG, Brasil (2003-2004).

Tipo de residência	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Casa Própria	76,3	73,4
Alugada	15,2	3,1
Cedida	8,5	23,5
Total	100	100

Combustível utilizado	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Gás	69,5	10,9
Gás e lenha	28	64,8
Lenha	2,1	23,44
Carvão	-	0,8
Outros	0,4	-
Total	100	100

Material usado na construção da parede	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Tijolo	99,2	95,4
Pau a pique	0,4	2,2
Madeira	0	0,8
Tijolo e adobe	0,4	0,8
Adobe	-	0,8
Total	100	100

Reboco da parede	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Inexistente	5,9	17,2
Existente mas precário	33,5	42,2
Existente e bem conservado	60,6	40,6
Total	100	100

Material de cobertura	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Laje	59	23,1
Telha cerâmica	18	46,7
Telha amianto	17,9	20,1
Madeira	2,2	3,6
Cobertura vegetal	1,8	2,9
Sapé	1,1	3,6
Total	100	100

Material do piso	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Cerâmica	51,7	35,2
Cimento	26,7	47,6
Terra batida	8,5	13,3
Madeira	10,2	2,3
Tijolo	0,8	1,6
Madeira e cimento	2,1	-
Total	100	100

Iluminação	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Elétrica	98,8	96,1
Querosene	1,2	2,7
Gás	0	1,2
Total	100	100

No que se refere à origem da água utilizada no domicílio, foi predominante o uso daquela fornecida pela rede pública de abastecimento na zona urbana (83%) e o uso da proveniente de nascente/mina na zona rural (45,3%), sendo essa diferença estatisticamente significante ($p=0,003$).

Tabela 3. Condições de Saneamento básico dos domicílios avaliados segundo a situação urbana e a rural do município de Teixeira-MG, Brasil (2003-2004).

Origem da água utilizada nos domicílios	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Rede Pública	83	11,7
Nascente/Mina	1,5	45,3
Poço comum	7,0	32,0
Água corrente	5,5	3,2
Açude/tanque	0,4	-
Outros	2,6	7,8
Total (%)	100	100

Depósito de água	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Cimento com tampa	93	85
Cimento sem tampa	3,4	6,1
Latão	-	4,9
Pote/barro	0,9	-
Não possui	2,7	4,0
Total	100	100

Tipos de instalação sanitária	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Vaso sanitário ligado à rede pública de esgoto	82,6	32,0
Instalação sanitária desembocando em água corrente	13,1	42,2
Vaso sanitário ligado à fossa séptica	2,1	12,5
Fossa negra liga ao lençol d'água	1,3	3,9
Instalação sanitária desembocando a céu aberto	0,9	4,7
Fossa seca/privada higiênica	-	3,1
Inexistente	-	1,6
TOTAL	100	100

Destino da água	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Rede pública coletora	82,2	10,9
Rio/riacho/córrego	16,5	79,7
Terreno a céu aberto	0,9	3,1
Lagoas	0,4	1,6
Fossas cobertas	-	4,7
TOTAL	100	100

Destino do lixo	Zona (%)	
	Urbana	Rural
Coleta pública	96,6	22,6
Queimado	2,1	60,2
Enterrado	-	0,8
Jogado em matas próximas	0,9	14,0
Utilizado como adubo	-	0,8
Outros	0,4	1,6
TOTAL	100	100

Quanto à forma de armazenamento da água, observou-se que em 93% e 85%, respectivamente, das casas da zona urbana e rural a água era armazenada em caixa de amianto ou cimento com tampa, existindo ainda domicílios que utilizavam recipiente de aço ou latão, pote de barro, caixas destampadas, sendo que alguns nem possuíam depósito de água ($p=0,0064$). A filtração caseira da água é realizada em 90% dos domicílios.

Nas residências em estudo, observou-se o predomínio do uso do vaso sanitário desembocando em rede pública na zona urbana (82,6%) e em água corrente na zona rural (42,2%) ($p=0,0063$). A água depois de utilizada nas residências tem destino bastante diversificado dependendo da localização do domicílio e o lixo doméstico não tem coleta pública em todos os domicílios sendo que, em alguns casos é queimado ou jogado nos arredores da casa, enterrado ou utilizado como adubo (Tabela 3).

Visitas domiciliares

Dentre os usuários entrevistados, 99,2% relataram receber visitas domiciliares dos ACS mensalmente, enquanto apenas 22,8% e 15,7%, respectivamente, relataram já ter recebido visitas domiciliares dos enfermeiros e médicos.

De acordo com o relato de alguns usuários, durante as visitas domiciliares, os ACS transmitem informações importantes e orientações sobre cuidados sanitários, que de certa forma impulsionaram mudanças saudáveis de comportamento. Como exemplo, pode-se destacar a utilização de filtros para o tratamento da água, ou fervura desta nos domicílios em que não existiam filtros. Vale ressaltar que, em alguns desses domicílios, os filtros eram anteriormente utilizados para outros fins que não a purificação da água (por exemplo, fins ornamentais). Outro dado interessante refere-se ao resultado positivo do trabalho dos ACS na orientação à cobertura de caixas d'água nas residências que não dispunham desse recurso.

No horizonte de pensar uma intervenção em educação e saúde, deve-se levar em conta as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos sujeitos¹⁹. Com isso, os ACS, profissionais que moram na região em que trabalham, vivendo realidade semelhante a do usuário atendido por eles, são capazes de observar os sujeitos/usuários em sua totalidade, tornando possível atingir maior efetividade em termos da mudança de conduta.

Discussão

Na avaliação do perfil habitacional da população pesquisada, através das visitas domiciliares, destaca-se como risco à saúde principalmente a precariedade do reboco das paredes e a constituição de pisos apenas com cimento para grande parte dos domicílios e terra batida em uma parcela significativa deles. Essa inadequação na estrutura e no acabamento pode levar à domiciliação de vetores de doenças como a doença de Chagas, que se dissemina em locais que apresentam condições favoráveis como: estruturas de pau-a-pique, paredes barreadas, coberturas de sapé, residências de madeira e de tábuas mal ajustadas apresentando frinchas e frestas que servem de guarida aos insetos²⁰. Pesquisados os dados disponíveis nos sistemas de informações^{18,21,22}, não se encontrou registro desta morbidade e/ou de outra relacionada às condições de moradia no município, necessitando-se, portanto, de maiores investigações e de uma observação mais apurada por parte da equipe multiprofissional e dos demais setores da administração local responsáveis pelo meio ambiente e saúde.

Dentre as questões de saneamento, destaca-se a variedade de formas de armazenamento da água a ser utilizada nas residências, o que não atende à atual recomendação do Conselho Nacional do Meio Ambiente sobre o uso de caixas de fibra com tampa como sendo o meio mais seguro para a saúde²³. Quanto ao abastecimento de água, destaca-se que 83% dos domicílios avaliados da zona urbana são cobertos pela rede de abastecimento de água, enquanto que da zona rural apenas 11,7% dos domicílios contam com essa cobertura. Essa enorme diferença de acesso aos serviços de saneamento entre zona urbana e rural retrata a situação do país onde, segundo dados publicados pelo Ministério da Saúde²⁴, a média de cobertura da rede de abastecimento de água no Brasil foi de 89% na zona urbana e de apenas 18% na zona rural.

Em relação à filtração da água, 90% dos domicílios visitados relataram realizá-la, representando um resultado superior ao observado na Região Sudeste através da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) realizada em 2003, em que se constatou que apenas 65% das residências utilizavam o filtro²⁵. É importante ressaltar que, se a água não for devidamente tratada, pode afetar a saúde do homem de várias maneiras: pela ingestão direta, na preparação de alimentos, na higiene pessoal, na agricultura, na hi-

giene do ambiente, nos processos industriais ou nas atividades de lazer²⁶. O perigo à saúde se deve ao fato de que a água pode ser um importante veículo de agentes biológicos e químicos potencialmente nocivos ao homem quando há falta de cuidado e efetivo tratamento, comprometendo assim a saúde e o bem-estar da comunidade²⁷.

Em nosso estudo, 82,2% dos domicílios visitados na zona urbana têm a rede pública como destino final para a água utilizada, enquanto que na zona rural apenas 10,9% dos domicílios contam com esse serviço, destinando a maior parte da água utilizada para rios/riachos/córregos (79,7%). A porcentagem de domicílios que despejam seus esgotos em rede pública na zona rural foi de apenas 32%, sendo que a encontrada na zona urbana foi de 82,6% superando a média nacional que, segundo a PNAD (2003)²⁵, foi de 68,9%.

Observa-se diferença também entre o tratamento dado ao lixo nas zonas urbana e rural, sendo que na urbana 96,6% dos domicílios avaliados dispõem de serviço de coleta pública, enquanto que no meio rural o mesmo ocorre em apenas 22,6% dos domicílios. De acordo com dados do IBGE²⁵, a coleta pública do lixo ocorre em 94% dos domicílios da Região Sudeste e em 85,8% dos domicílios brasileiros. Diante disso, é possível inferir a inadequação dos serviços de saneamento básico prestados para a zona rural do município estudado, quando comparado à zona urbana e aos índices da região sudeste e nacional²⁵. O lixo é um problema básico de saneamento, sendo que sua disposição final a céu aberto é um fator de degradação ambiental e de proliferação de vetores e doenças, cabendo ao município organizar e disciplinar os serviços de coleta e disposição final de resíduos²⁸.

Nesse contexto de desigualdades, principalmente entre zonas urbana e rural, e insuficiências dos serviços de saneamento básico encontradas no município, se faz necessária a visita domiciliar e a busca ativa, aliadas ao acompanhamento das famílias das áreas de abrangência pelos profissionais do PSF, evitando que ocorra, conforme aponta a literatura, que as famílias em situação precária tendam a ficar à margem dos serviços que orientam seu atendimento pela demanda espontânea, promovendo, assim, o acesso daquelas populações excluídas do sistema de saúde e ao mesmo tempo mais vulneráveis^{29,30}.

Essa busca ativa estabelece não apenas o resgate dos sujeitos que têm problemas, necessidades e prioridades diferenciadas, muitas vezes desconhecidas da equipe ou da UBS, mas também

resgata a noção do cuidado à saúde e estabelece o direito à saúde para aqueles que muitas vezes não têm uma rede de apoio ou referência familiar cuidadora³¹.

Segundo Mattos³², é por meio da visita domiciliar que o profissional de saúde poderá avaliar as condições socioambientais e habitacionais em que vive o indivíduo (seu paciente) e sua família, bem como realizar a busca ativa, planejar e executar as medidas assistenciais adequadas.

Embora a visita domiciliar deva ser realizada por todos os integrantes da ESF, observa-se, de acordo com as famílias entrevistadas, que os ACS são os maiores responsáveis pelo acompanhamento domiciliar das mesmas, uma vez que 99,2% relataram receber visitas regularmente desses profissionais. Resultado semelhante foi encontrado por Teixeira³³ em estudo realizado no município de Vitória da Conquista-BA, no qual se constatou que o grande visitador domiciliar é o ACS, visitando, no mínimo, uma vez por mês segundo 87,8% dos entrevistados.

No município de Teixeiras-MG, os ACS cumprem a determinação do Ministério da Saúde de visitar cada família de sua microárea, no mínimo uma vez ao mês, enquanto que as visitas dos demais profissionais da equipe se dão de forma oportuna, geralmente em caso de necessidade de atendimento domiciliar⁹. Diante deste fato, os ACS ocupam o lugar de 'agentes promotores da saúde' e possuem papel de interlocutores entre a comunidade, os demais membros da equipe e os serviços de saúde, devendo, portanto, ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações, no âmbito de suas competências, que respondam às necessidades da comunidade, articulando junto às ESF os diversos setores envolvidos na promoção da saúde³⁴.

Em nosso estudo, a presença dos ACS durante as visitas domiciliares realizadas pelos entrevistadores foi fundamental para a receptividade das famílias e disponibilidade em responder às perguntas, demonstrando a atuação desses profissionais como interlocutores nessa relação. Segundo Silva¹⁰, a atuação dos ACS como interlocutores só ocorre quando esses profissionais conseguem desenvolver a confiança mútua com as famílias, constituindo um forte vínculo com os usuários. É a partir desse vínculo e da capacitação do profissional que este se torna capaz de compartilhar conhecimentos e informações úteis para a promoção da saúde das famílias.

Nesse contexto, a visita domiciliar deve ser considerada enquanto aspecto central da educação em saúde por contribuir para a mudança de

padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde³⁵.

Segundo Trad e Bastos³⁶, as ações de educação em saúde, enquanto intervenção nas comunidades frente o contexto em que se inserem, assumem uma configuração mais nítida e contrastante quando se trata de populações vivendo em condições de pobreza e desigualdade social, como a estudada, por ser um processo potencializador da descentralização de ações e serviços na rede hierarquizada do SUS.

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família³⁷. Embora seja necessária ao processo de construção de ambientes saudáveis e conseqüentemente da saúde, em estudo de Acioli e Carvalho³⁸ ficou constatado que as ações de educação em saúde, seja mediante visitas dos ACS, seja pela distribuição de panfletos que utilizavam, apesar de serem vistas como positivas pela população, são passíveis de críticas, pois muitas vezes o discurso institucional não leva em conta a objetiva falta de condições das populações para o cumprimento das propostas.

Nesse sentido, destaca-se que o desafio na assistência à saúde está não só na transmissão de conhecimentos pelos profissionais de saúde, mas também na consolidação da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde no espaço construído, que na habitação, compõem as principais causas de enfermidades e mortes². Faz-se necessária, então, a articulação das políticas públicas de habitação, saúde, meio ambiente e infra-estrutura urbana, implicando na formação de alianças intersetoriais em uma visão integradora e multidisciplinar, onde, por um lado, a participação comunitária tem um papel essencial para o enfrentamento das questões locais e precariedade das relações do meio ambiente e, por outro, a capacitação e implementação do ACS enquanto profis-

sional ponte entre os setores de educação, meio ambiente, saúde e gestores municipais².

Considerações finais

Dos resultados encontrados neste estudo, destaca-se a presença de aspectos importantes na determinação das condições sanitárias da população, a exemplo da inadequação dos materiais de construção da habitação e dos depósitos de abastecimento de água, a contaminação dos rios pelos esgotos domésticos e a poluição do meio ambiente, por ser, em alguns casos, o destino final do lixo.

A distribuição dos dados de saneamento desagregados, segundo a situação urbana e a rural e quando comparados aos da região sudeste e nacional, reafirma a desigualdade na distribuição da infra-estrutura em saneamento no país, que se concentra nas regiões urbanas e nas cidades com maior desenvolvimento econômico da região. Sabe-se que o esforço para obter uma melhoria na saúde e um desenvolvimento humano sustentável deve incluir políticas condizentes ao crescimento econômico sustentável, como uma distribuição de recursos mais equitativa, vinculadas a intervenções que melhorem as condições essenciais da população, como o acesso aos serviços de saúde, ambientes saudáveis (habitações seguras, higiênicas e dignas), particularmente o acesso mais adequado à água e saneamento, nutrição e oportunidades educativas.

Em nosso estudo, constatamos que a visita domiciliar permite um olhar *in loco* da realidade do usuário do PSF e se constitui em importante instrumento na Estratégia Saúde da Família, reforçando o papel potencial do ACS como identificador de fatores determinantes do processo saúde-doença, percebidos no ambiente em que vivem as famílias, e promotor da saúde mediante a perspectiva da educação em saúde abordada.

Colaboradores

CM Azeredo participou do planejamento e execução das atividades de campo e trabalhou na análise, interpretação dos dados e na redação do artigo. RMM Cotta foi a responsável pela coordenação, planejamento, orientação e acompanhamento do trabalho de campo e trabalhou na revisão do artigo. M Schott participou do planejamento e execução das atividades de campo e trabalhou na análise, interpretação dos dados e na redação do artigo. TM Maia participou do planejamento e execução das atividades de campo e auxiliou na redação. ES Marques participou do planejamento e execução das atividades de campo e auxiliou na redação.

Agradecimentos

Este trabalho foi apoiado parcialmente pelo Conselho Científico e Tecnológico – CNPq e Prefeitura Municipal de Teixeira e é fruto do Projeto de Pesquisa intitulado “O Programa de Saúde da Família enquanto estratégia de reorganização do sistema de saúde local: Avaliação da implantação do PSF no município de Teixeira – MG”.

Referências

1. Organização Pan-americana de Saúde. *Desempenho em Equipes de Saúde – Manual*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. *Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Ministério da Saúde/Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS). Brasília: MS; 2004.
3. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec; 1998. p.233-297.
4. Cohen SM, Cynamon SE, Kligerman DC, Assumpção RF. Habitação Saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Rev C S Col* 2004; 9(3): 807-813.
5. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev Lat Am Enfermagem* 2004;12: 658-64.
6. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das Políticas Públicas de Saúde – Do imaginário ao real*. Viçosa: UFV; 1998.
7. Souza RR. Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 2000; 1:4.
8. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de São Paulo. *Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do Programa Saúde da Família*. São Paulo; 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS; 1998.

10. Silva AC. *O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
11. Organização Pan-americana da Saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde* - RIPSAs. Brasília; 2002.
12. IPEA. *Atlas de desenvolvimento humano 2000*. Rio de Janeiro: ADHB; 2000.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico: Características da população e dos domicílios*. Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
14. Pallas JMA, Villa JPI. *Metodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud*. Madrid: Mosby/Dogma Libros; 1995.
15. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1999.
16. Dean AG, Dean JA, Coloumbier D. *Epi Info, Version 6: A Word-processing Database, and Statistics Program for Public Health on IBM-compatible Microcomputers*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1995.
17. Brasil. *Programa Saúde da Família - PSF*. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva-Brasília: MS; 2001.
18. SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Saúde da Família. [acessado 2005 Jan 20]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>
19. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
20. Fundação Nacional de Saúde. *Elaboração de projeto de melhoria habitacional para controle da Doença de Chagas*. Brasília: MS; 2004.
21. FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Saneamento. [acessado 2005 Jan 20]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/>
22. DATASUS. Informações de Saúde. Indicadores de Saúde. [acessado 2005 Jan 20]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
23. CONAMA. Moção N° 030 de 25 de outubro de 2001. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Ministério do Meio Ambiente; 2001.
24. Brasil. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Ministério da Saúde. Brasília: MS; 2004.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos municípios brasileiros: meio ambiente 2002*. Ministério do Meio Ambiente. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
26. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de saneamento - Orientações Técnicas*. Brasília: MS; 2004.
27. D'Aguila PS, Roque OC da C, Miranda CAS, Ferreira AP. Avaliação da qualidade de água para abastecimento público do Município de Nova Iguaçu. *Cad Saúde Pública* 2000;16 (3):791-798.
28. Fundação Estadual do Meio Ambiente. *Manual de Saneamento e Proteção Ambiental para os Municípios - Município e Meio Ambiental*. 3ªed. Belo Horizonte: FEAM; 2002.
29. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(Supl): 203-11.
30. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 (Supl):77-87.
31. Ribeiro EM, Chomatas ERV da, Neto MC. Integralidade e Redes de Atenção Básica e Saúde Familiar: A Experiência do Município de Curitiba- PR. In: Organização Pan-americana da Saúde. Ministério da Saúde. *Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*. Brasília; 2004. p. 37- 63.
32. Mattos TM. Visita domiciliar. In: Kaompson R; Santos MCH dos; Mattos TM de. *Enfermagem comunitária*. São Paulo: EPU; 1995. p.35-38.
33. Teixeira SA. Avaliação dos usuários sobre o Programa de saúde da Família em Vitória da Conquista - Bahia - Brasil. In: *Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*. Brasília: OPAS; 2004. p. 77-101.
34. L'Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad Saúde Pública* 1994; 4:481-490.
35. Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MA. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. *Rev UFG* [periódico na Internet] 2004 [acessado 2005 Jan 20]; 6 (N° especial): [cerca de 8 p.] Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>
36. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (2): 429-35.
37. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação* 2005; 9(16):39-52.
38. Acioli MD, Carvalho EF de. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (2):59-68.

Artigo apresentado em 12/12/2005

Aprovado em 19/07/2006

Versão final apresentada em 10/11/2006