UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILA MENDES DA SILVA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Doenças Crônicas não Transmissíveis sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde

CAMPINA GRANDE
2017

CAMILA MENDES DA SILVA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Doenças Crônicas não Transmissíveis sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Área de Concentração: Saúde Coletiva.

ORIENTADORA: Dr.ª Gisetti Corina Gomes Brandão.

CAMPINA GRANDE
2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial "Tereza Brasileiro Silva", CCBS - UFCG

S586e

Silva, Camila Mendes da.

Educação permanente em saúde: doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica do agente comunitário de saúde / Camila Mendes da Silva. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

50 f. il.: Color. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Gisetti Corina Gomes Brandão, Dra.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1 Agentes Comunitários de Saúde. 2.Educação Continuada. 3.Hipertensão. 4.Diabetes Mellitus. I. Brandão, Gisetti Corina Gomes (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG CDU 616-083:37.017.4:614.2 (813.3)

CAMILA MENDES DA SILVA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Doenças Crônicas não Transmissíveis sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 27 de novembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Gisetti Corina Gomes Brandão
Orientadora – UFCG

Prof.ª Dr.ª Priscilla Maria de Castro Silva
Membro da Banca Examinadora – UFCG

Enf.ª Tuanny Gonçalves Benjamim de Souza
Membro da Banca Examinadora

Meus amigos, minhas amigas
Caro leitor, que deseja desfrutar esse TCC
Que não foi fácil de fazer
Mas é sublime para se ler

Uma rondoniense aqui se aventura
Pelas escritas da cultura nordestina
Para contar uma história a vocês
Sobre um assunto 'arretado' de se vê

Aqui falarei sobre um trabalhador único
Um profissional chave pro povo
Alguém que sabe naturalmente
O saber mais sabido que não mente

Chamado de elo pelos cientistas
Veio para 'arrochar' o povo com o serviço
Considerado o guardião do saber popular
Ajudando o 'seu doutô' a empatia do povo conquistar

É do agente comunitário de saúde que falo
O profissional da comunidade dentro do serviço
Sendo a voz do povo e representando a gente
Para garantir um atendimento decente

'Ôxente' mas já chega de 'arrodeio'
Com a leitura o senhor e a senhora vão entender
Como esse trabalhador é 'arretado'
Pra cuidar da saúde da gente!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir concretizar esse sonho, me abençoando, protegendo e iluminando durante toda a caminhada até aqui. Obrigada Senhor! Sem ti eu nada seria.

A minha querida mãe, Neide, por sempre se fazer presente e lutar pela minha permanência no curso de graduação. Obrigada por cuidar de mim, a estrada foi difícil mas a chegada é gloriosa. Minha eterna guerreira e rainha.

Ao meu pai, João Carlos, que tentou se manter presente e deu o seu melhor como pai. As dificuldades nos fazem amadurecer.

A minha tia Maria, primos Rodolfo e Denise e irmão Carlos Cesar, família de Patos que, mesmo com a distância, se fizeram presentes e me ajudaram durante toda a caminhada.

A minha querida avó Valdomira (in memoriam), que se manteve forte e me apoiou enquanto esteve presente.

Ao meu amor, Rodrigo Martins, que me acompanhou desde o início do curso, estando ao meu lado a todo momento, dividindo as dificuldades e multiplicando as alegrias. Você é um anjo, uma pessoa pura e agradeço por tê-lo ao meu lado. Muitos sonhos a se concretizar estão por vir.

A minha segunda família, os Martins: Otília, Ademário, Lidiane, Roberto, Rafaela, Renato, Cristina, Ricardo, Renata e Rogério, que me adotaram e cuidaram de mim, me alimentando durante os finais de semana de estudo. Obrigada por tudo, vocês são anjos que Deus enviou.

Ao corpo docente do curso de graduação em enfermagem, especialmente a Francisco Sales, Alan Dionízio, Erik Cristóvão, Gerlane Ângela, Kleane Azevedo, Ana Janaína, Priscilla Maria, Luana Gislene, Saulo Rios, Rosângela Vidal, Taciana da Costa, Jank Landy, Mikael Brasil e Roberta Lima, que foram essenciais para a minha formação como enfermeira. Os considero exemplos de profissionais que quero seguir.

A minha banca especial, Priscilla Maria e Tuanny Gonçalves, que magistralmente e admiravelmente realizaram suas ricas considerações para o aprimoramento deste trabalho.

A minha orientadora especial, Gisetti, que me acolheu de braços fraternos durante a jornada acadêmica. Acreditou e confiou em mim quando eu mesma não era capaz, me incentivando e estimulando a fazer o melhor. Obrigada por todas as responsabilidades compartilhadas, sonhos e conquistas. Me espelho e admiro a profissional que és. Mãe da enfermagem!

As minhas amigas, Jamira, Histalfia e Dayanne, sempre estando comigo em todos os momentos. Momentos de tristezas e, principalmente, de conquistas. Vocês são incríveis, amigas, comissão e irmãs de coração. Vocês são luzes na minha vida.

Aos meus mentores, Suzanne Pereira e Mikael Brasil, que sempre me auxiliaram com muita paciência e zelo, em dificuldades da graduação. Qualquer que seja a dúvida ou barreira, sei que posso contar com vocês para "aperria-los". Obrigada por tudo!

As minhas amigas amores Cristiana e Tatianne. Apesar dos caminhos terem se separado, vocês duas sempre estarão no meu coração. Pessoas admiráveis e abençoadas por Deus.

A turma de enfermagem 2013.1, que me acolheu em um dos momentos mais difíceis, quando o pensamento de desistência permeava por minha mente. Sempre foram compreensíveis e amáveis. Turma linda, com uma essência única. Quero ver todos brilhando como excelentes profissionais.

Ao NUPESC, núcleo de estudos que me fez crescer de forma inestimável. Uma família em forma de núcleo, sempre trabalhando em equipe e parceria para os objetivos serem atingidos!

Minha eterna gratidão!

“Não há saber mais ou saber menos.
Há saberes diferentes.”

Paulo Freire.

SILVA, Camila Mendes. **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Doenças Crônicas não Transmissíveis sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde**. Campina Grande: UFCG, 2017. 50p.

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os guardiões do conhecimento popular, representantes do usuário e voz da comunidade dentro do serviço de saúde. Tais fatos fizeram com que este trabalhador se destacasse em nossa convicção. O cuidado e diálogo interpessoal se fazem constantes no seu processo de trabalho e, considerando sua formação fragilizada, percebeu-se a necessidade de discutir as Doenças Crônicas Não Transmissíveis com os ACS à luz da Educação Permanente em Saúde. A temática escolhida "Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)" foi proposta pelos próprios ACS participantes do estudo. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que segue o delineamento da pesquisa-ação, realizada na UBSF Raimundo Carneiro, no bairro do Pedregal, Campina Grande-PB. A amostra foi composta por seis ACS e a coleta foi realizada através de quatro oficinas de trabalho, sendo elas gravadas e transcritas na íntegra e posteriormente analisadas pela técnica proposta por Bardin. Essa pesquisa foi aprovada no comitê de ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC, CAAE 11893112.0.0000.5182. Foram discutidas três categorias: *CATEGORIA 1 – Hipertensão Arterial "sem muído"; CATEGORIA 2 - Vamos entender de vez o Diabetes Mellitus; CATEGORIA 3 – (DES)ACOMPANHAMENTO NO HIPERDIA.* Identificou-se que as ACS tinham uma fragilidade no conhecimento a respeito do conceito, da causa e das complicações relacionadas à HAS. E a respeito do DM, elas evidenciaram um saber relativamente maior sobre esse agravo referente aos fatores de risco, sinais e sintomas e tratamento, mas ainda demonstrando dificuldades nos aspectos relacionados ao conceito, a causa e suas classificações. São escassos os estudos literários científicos que intervém sobre essa realidade, sendo importante que essa ação seja aplicada em outras localidades, contribuindo no processo de trabalho do ACS e, consequentemente, melhorando a relação entre trabalhador-usuário-serviço de saúde. Contribuir no saber do ACS é cuidar diretamente desse trabalhador "frágil" do serviço de saúde, e cuidar indiretamente da comunidade assistida.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde. Educação Continuada. Hipertensão. Diabetes Mellitus.

SILVA, Camila Mendes. **PERMANENT HEALTH EDUCATION: Noncommunicable Chronic Diseases from the perspective of the Community Health Workers**. Campina Grande: UFCG, 2017. 50p.

ABSTRACT

Community Health Workers (CHW) are the guardians of popular knowledge, user representatives and community voice within the health service. Such facts have made this worker stand out in our conviction. The care and interpersonal dialogue are constant in their work process and, considering their weakened formation, the need to discuss Chronic Noncommunicable Diseases with CHWs in the light of Permanent Health Education has been perceived. The chosen theme "Systemic Arterial Hypertension (HAS) and Diabetes Mellitus (DM)" was proposed by the CHW participants of the study. This is a qualitative research that follows the design of the research-action, held at the UBSF Raimundo Carneiro, Pedregal district, Campina Grande-PB. The sample consisted of six CHW and the collection was carried out through four workshops, which were recorded and transcribed in their entirety and later analyzed by the technique proposed by Bardin. This research was approved in the ethics committee of the University Hospital Alcides Carneiro-HUAC, CAAE 11893112.0.0000.5182. Three categories were discussed: *CATEGORY 1 - Arterial Hypertension "without muído"; CATEGORY 2 - Let's understand Diabetes Mellitus; CATEGORY 3 - (UN) ACCOMPANYING IN HIPERDIA*. It was identified that the CHW had a fragility in the knowledge regarding the concept, the cause and the complications related to SAH. And regarding DM, they showed a relatively greater knowledge about this disease related to risk factors, signs and symptoms and treatment, but still showing difficulties in aspects related to the concept, cause and their classifications. There are few scientific literary studies that intervene about this reality, and it is important that this action be applied in other places, contributing to the work process of the CHW and, consequently, improving the relation between worker-user-health service. Contributing to the knowledge of CHW is to take care of this "fragile" health service worker directly, and indirectly care for the assisted community.

Keywords: Community Health Workers. Education, Continuing. Hypertension. Diabetes Mellitus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Diagrama representando as quatro fases do ciclo da investigação-ação.....21
FIGURA 2 - Área de abrangência da UBSF do estudo destacada em vermelho.....23
QUADRO 1 - Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde da Família Raimundo Carneiro, Campina Grande, 2017.....26

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INICIANDO NOSSAS CONSTRUÇÕES: CONHECENDO O CONTEXTO CIENTÍFICO E PESSOAL... 13

2. OBJETIVOS 16

2.1. Objetivo Geral 16

2.2. Objetivos Específicos 16

3. O REFERENCIAL TEÓRICO QUE GUIOU O CAMINHAR DA PESQUISA 17

3.1. Saúde como Direito 17

3.2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus 18

3.3. A Educação Permanente em Saúde como ferramenta transformadora para a atuação do Agente Comunitário de Saúde 19

4. O PASSO A PASSO ESCOLHIDO PARA A CAMINHADA QUE FOI TRILHADA 22

4.1 Tipo de Pesquisa 22

4.2 Local da Pesquisa 23

4.3 População e Amostra 24

4.4 Procedimento e Instrumento de Coleta de Dados 24

4.5 Análise dos Dados 25

4.6 Aspectos Éticos 26

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 27

5.1 Caracterização das Pedras Preciosas da UBSF Raimundo Carneiro 27

5.2 O que discutimos nas oficinas de trabalho 28

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 38

APÊNDICE B - PRIMEIRA OFICINA DE TRABALHO 49

APÊNDICE C – CHARGE UTILIZADA PARA DISCUSSÃO NA OFICINA DE TRABALHO COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. 50

1. INICIANDO NOSSAS CONSTRUÇÕES: CONHECENDO O CONTEXTO CIENTÍFICO E PESSOAL...

Para compreender o interesse de se realizar a presente pesquisa, é importante a o entendimento epidemiológico da realidade brasileira acerca das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Elas incluem as doenças cardiovasculares, o câncer, a diabetes e afecções respiratórias, sendo responsáveis por cerca de 70% dos óbitos em todo o mundo, principalmente, em países emergentes e subdesenvolvidos (WHO, 2015).

No Brasil, cerca de 74% dos óbitos em 2012 foram causados pelas DCNT, estando o Nordeste em terceiro lugar dentre as regiões com maiores taxas de mortalidade, incidindo sob as classes mais pobres da população e os grupos mais vulneráveis, como os idosos e a população de baixa renda e escolaridade (WHO, 2014; MALTA et al., 2014).

Devido à gravidade dos impactos resultantes das DCNT no sistema de saúde e na sociedade, em 2011 a ONU juntamente com vários países, aprovou o Plano Global de DCNT, uma declaração política a qual os países-membros se comprometeram em impedir o aumento das DCNT, através de ações de prevenção dos seus principais fatores de risco e a garantia de uma atenção à saúde (MALTA et al., 2014; MALTA et al., 2016).

Com isso, em 2011 o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, tendo por objetivo enfrentar e impedir o aumento das DCNT por dez anos, através de estratégias de ações e investimentos para deter tais doenças e seus fatores de risco (BRASIL, 2011).

Para atingir as metas de enfretamento das DCNT, é preciso avançar no acesso à atenção e às políticas de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Nesse sentido, a atenção primária à saúde (APS) é primordial, uma vez que se configura como o primeiro contato preferencial com o usuário, principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação com a rede de atenção à saúde (MALTA et al., 2014; BRASIL, 2012).

A APS é o local que possibilita o estreitamento de laços com o usuário e sua família, permitindo uma compreensão ampla a respeito da sua realidade singular. Dados mostram que na década passada houve uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, fato que se relaciona com a expansão da APS (BRASIL, 2011).

É impactante refletir tamanho benefício que o programa trouxe no âmbito do combate às DCNT. Ao se aliar a APS com a equipe multiprofissional, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que possui um trabalhador ímpar para o estreitamento de laços e formação do

elo entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o usuário: o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O ACS é a pessoa da comunidade que está atuando vivamente dentro do serviço de saúde. É nele que o usuário deposita sua confiança na resolução de problemáticas, tendo como missão representar a comunidade, dialogar com os demais membros da equipe multiprofissional e contribuir com o cuidado humanizado dos adscritos no território. São suas atribuições específicas "desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas" (BRASIL, 2012, p. 49), contribuindo significativamente com o enfrentamento às DCNT.

Durante a vivência e convivência da autoria na ESF em um Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e no Estágio Supervisionado I (componente curricular obrigatório), o profissional ACS se destacou em sua convicção. Primeiro, por serem os guardiões do conhecimento popular daquele território, representantes do usuário e a voz da comunidade dentro do serviço; segundo, por sua formação fragilizada, considerando o cuidado e diálogo interpessoal que realizam constantemente entre profissionais e usuários.

Portanto, a atualização dos saberes do ACS é essencial para o fortalecimento das suas práticas de cuidados com a comunidade, sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) uma ferramenta primordial (LEITE et al., 2015), por permitir que os participantes reflitam criticamente as dificuldades do seu dia a dia de trabalho. A EPS estimula o diálogo e discussão entre os profissionais participantes do processo, perfazendo o caminho do planejamento, até alcançar a melhor ação/conduta/intervenção específica para as necessidades individuais apresentadas por aquele usuário.

A temática escolhida "Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)" foi proposta pelos próprios ACS participantes do estudo, devido ao grande número de usuários portadores no seu local de atuação, e suas fragilidades no conhecimento acerca do assunto. Observa-se que, apesar de ser um assunto corriqueiro na APS, dúvidas e incertezas a respeito dessas doenças ainda se fazem presentes, interferindo diretamente na atuação desse profissional, principalmente, nas atividades voltadas para a promoção da saúde.

Considerando também a importância epidemiológica de tais doenças, estratégias que contribuam para a prevenção, promoção e vigilância da HAS e do DM são necessárias para a difusão de práticas e ações que visam as suas prevenção/redução e cuidado. Com isso em mente, a seguinte questão norteadora instigou as investigadoras para o desenvolvimento da presente pesquisa: Qual o saber do ACS a respeito da HAS e do DM? Com isso, o presente

estudo propõe desenvolver uma discussão acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) juntamente com os ACS à luz da EPS.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Discutir as Doenças Crônicas Não Transmissíveis com os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Raimundo Carneiro, à luz da Educação Permanente em Saúde.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos ACS da UBS Raimundo Carneiro;
- Conhecer, através de oficinas de partilhas e vivências, o saber dos ACS sobre a HAS e DM;
- Descrever como se operacionaliza sua prática/assistência para o controle da HAS e DM;
- Expandir o conhecimento dessas pessoas para o trabalho junto com a comunidade e no território.

3. O REFERENCIAL TEÓRICO QUE GUIOU O CAMINHAR DA PESQUISA

3.1. Saúde como Direito

O reconhecimento da saúde como direito universal foi um marco garantido pela constituição federal de 1988 e, a partir daí, estratégias de saúde foram adotadas para remodelar o modelo de atenção à saúde brasileiro adotado na época, tendo como embasamento a APS (SIMAS; PINTO, 2017).

Com isso em mente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído em 1991, é a primeira estratégia de saúde nacional que priorizou as ações de promoção e a prevenção da saúde, objetivando ampliar a cobertura da APS e introduzir um novo profissional: o ACS (SIMAS; PINTO, 2017; FILGUEIRAS; SILVA, 2011). Posteriormente, em 1994, foi concebido o Programa Saúde da Família (PSF), sendo reformulado como uma estratégia, a qual inclui uma equipe multiprofissional mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e o ACS (ANDRADE; CARDOSO, 2017). "Tanto o trabalho no PACS quanto o trabalho no PSF é alicerçado na figura do ACS" (PEDRAZA; ROCHA; SALES, 2016, p. 106).

Apenas no ano de 2002, através da Lei nº 10.507/2002, de 10 de julho, que o ACS é reconhecido profissionalmente, tendo suas atividades regulamentadas pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (ANDRADE; CARDOSO, 2017), sendo sua atribuição "o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, em conformidade com as diretrizes do SUS" (BRASIL, 2006, art. 3).

O ACS é considerado um profissional único e diferenciado por ser parte da própria comunidade que atua, tendo o vínculo como principal ferramenta e o conhecimento do dia a dia da população, adentrando nas famílias e identificando os riscos e as necessidades de saúde daqueles usuários (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

Porém, a literatura evidencia que a formação para o trabalho do ACS está fragilizada. A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, institui como requisitos para o candidato ao cargo de ACS haver concluído o ensino fundamental e o curso introdutório de formação inicial e continuada, introduzido desde o ano de 2004 pelo Ministério da Saúde que financiou a primeira etapa (ANDRADE; CARDOSO, 2017), sendo de responsabilidade das Secretarias de Saúde o financiamento das outras duas etapas do curso. Autores tem relatado a dificuldade da sua concretização em várias regiões do país, as quais os ACS receberam apenas informações

básicas e aprenderam com o cotidiano de trabalho (CORIOLANO et al., 2012; PEREIRA et al., 2016; SIMAS; PINTO, 2017).

Atualmente, o programa permite converter horas de trabalho em horas de formação, alteração que aparenta não ter sido dialogada, pois Melo, Quintão e Carmo (2015) identificaram que os ACS pesquisados ainda aguardam pela realização da segunda etapa do curso preparatório.

Simas e Pinto (2017), em uma pesquisa com os ACS de 107 UBSF da região do Nordeste do Brasil, evidenciam que a escolaridade predominante entre esses profissionais é o ensino médio completo, e 89,0% dos entrevistados referiram ter recebido o curso de formação inicial. Os autores demonstram que cursos de atualizações ocorreram, porém de maneira fragmentada e descontextualizada, tendo como embasamentos referenciais biomédicos, o que contradiz com o modelo de atenção preconizado pela APS e pelo SUS. Pereira et al. (2016) ressalta que a educação voltada para o ACS é marcada por treinamentos, capacitações e instruções, sem considerar o contexto, razão ou exercer uma discussão crítica sobre o assunto.

3.2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus

As DCNT são um conjunto de condições crônicas de causa multifatorial com início gradual e prognóstico incerto, a depender do nível de adesão dos cuidados por parte do portador, podendo evoluir para incapacidades funcionais. Elas estão relacionadas a fatores de risco não modificáveis que incluem: herança genética, idade, sexo e raça; e fatores de risco modificáveis: alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e estresse (BRASIL, 2013; MACHADO; CAMPOS, 2014).

As principais DCNT são as cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes, sendo responsáveis por 70% de todas as morte no mundo. As incapacidades consequentes das DCNT são consideradas devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar o sistema de saúde com grande número de internações. Dentro deste grupo estão as DCNT mais prevalentes: HAS e o DM; que aumentam progressivamente com a idade. Pessoas de baixa renda são consideradas mais vulneráveis devido à maior exposição aos fatores de riscos e menor acesso aos serviços de saúde e as práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças (WHO, 2011; WHO, 2012; BRASIL, 2013).

A vigilância em DCNT está relacionada com estratégias e ações que permitem o conhecimento sobre a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e seus fatores de risco na população, por meio da identificação dos condicionantes sociais, econômicos e ambientais, a fim de contribuir para o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das mesmas (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde juntamente com diversas entidades nacionais, estaduais e municipais elaborou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, que teve por objetivo vincular os hipertensos e/ou diabéticos às unidades de saúde, para uma assistência e acompanhamento sistemáticos. Para isso, organizou-se um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, intitulado de Hiperdia, a fim de acompanhar os portadores atendidos na rede ambulatorial do SUS (BRASIL, 2016).

O Hiperdia é uma estratégia positiva uma vez que grande parte dos gestores obteve consciência da problemática com a sua implantação. Ele é destacado como uma ação de grande relevância para a saúde pública, pois contribui para a adesão dos usuários aos tratamentos farmacológico e não farmacológico, bem como na redução de agravos ao atuar na prevenção e controle da HAS e DM (GAIA; FERREIRA, 2012).

Nesse contexto, a atuação da APS é essencial, pois ela garante uma assistência que permite o cuidado integral à saúde, a ponto de impactar na situação de saúde, autonomia e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Para isso, os profissionais/trabalhadores que atuam nas UBS necessitam ser qualificados para oferecer um cuidado holístico, atendendo aos principais problemas da população adscrita, e isso exige processos de educação permanente em saúde direcionados para cada realidade de trabalho de cada profissional/trabalhador de saúde (BRASIL, 2013).

3.3. A Educação Permanente em Saúde como ferramenta transformadora para a atuação do Agente Comunitário de Saúde

A EPS é considerada uma ferramenta transformadora do meio social, tendo a cultural local como alicerce do seu processo, para agir sobre a comunidade a partir de suas necessidades (CORIOLANO et al., 2012). Inserida através da Política Nacional de Educação Permanente, ela é conceituada da seguinte forma:

> A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 8).

Na EPS o processo de ensino-aprendizagem não deve ser restringido à transmissão de conteúdos técnicos, normas e protocolos (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012). Ela ocorre a partir da identificação de problemas e a busca de soluções, sendo o conhecimento construído durante esse processo, a partir de contribuições do conhecimento científico e do popular, ambos com igual relevância (CORIOLANO et al., 2012).

De acordo com Cunha et al. (2014), para a execução de suas ações a EPS deve ser permeada pela resolução de problemas, diálogo e oficinas desenvolvidas no próprio ambiente de trabalho de maneira sistemática. O moderador deve ser um facilitador da aprendizagem, permitindo que novos saberes sejam construídos e tenham significado para proporcionar a transformação na prática profissional dos participantes (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

A EPS promove a autonomia dos participantes e contribui para o desenvolvimento do profissional, ajudando-o a concretizar uma atuação efetiva e eficaz no seu dia a dia de trabalho (LEITE et al., 2015). “Entre os objetivos da EPS, está o de manter o sujeito atualizado quanto às suas práticas profissionais, mas transcendendo o ambiente e o processo de trabalho” (CUNHA et al., 2014, p. 72). Através dela os trabalhadores podem aprender, analisar e discutir casos, intervenções e condutas, a fim de promover a resolutividade e a qualidade da atenção à saúde (CUNHA et al., 2014).

Considerando que os ACS estão em interação constante com a comunidade, atuando como mobilizadores sociais, intermediando e compartilhando saberes durante sua prática profissional, promover a sua formação é essencial para melhorar a qualidade e fundamentar as ações de saúde ligadas, principalmente, à conscientização dos usuários (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015).

O ACS possui como característica ser profissional e morador da comunidade em que atua, marcado por um trabalho que abarca o acolhimento, vínculo e cuidado, ele guia o caminho a ser percorrido pela equipe de saúde da família para promover um cuidado longitudinal para os usuários, com as visitas domiciliares, ações e o convívio junto à

comunidade (VIDAL, GOMES e SIQUEIRA-BATISTA, 2016; ANDRADE e CARDOSO, 2017).

O seu processo de trabalho se relaciona com a nova concepção do modelo de atenção à saúde, dispondo de um olhar ampliado sobre o indivíduo, a família e a comunidade na perspectiva biopsicossocial (ANDRADE e CARDOSO, 2017). Sua atuação contribui eficazmente no planejamento e intervenções em saúde, pois o ACS tem o conhecimento popular como seu aliado. Compreensão acerca da realidade social, cultural e linguística de determinada população, que proporciona diálogos valiosos com a coletividade, fortalecendo o cuidado através do reconhecimento dos fatores que afetam a realidade.

É reconhecida a relevância da atuação do ACS na ESF, porém as pesquisas revelam que é necessário maior investimento na qualificação desse profissional, a fim de potencializar o seu processo de trabalho em saúde no que diz respeito, principalmente, a educação em saúde direcionada à comunidade exercida por este profissional.

As ações educacionais voltadas para os ACS têm sido baseadas em capacitações e treinamentos pontuais, sem considerar o contexto que atuam e suas subjetividades (PEREIRA et al., 2016). Andrade e Cardoso (2017) destacam a necessidade de uma formação com os ACS que proporcione uma reflexão acerca do processo saúde-doença e seus determinantes e condicionantes sociais, com discussões que promovam sua autonomia.

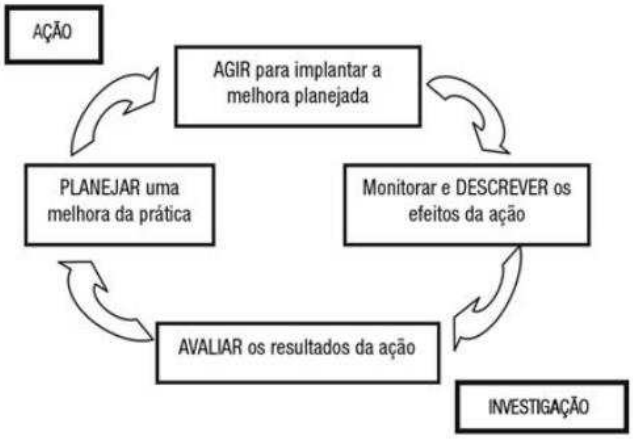
Nesse sentido, Leite et al. (2015) destacam a relevância da capacitação do ACS por meio da EPS em relação às DCNT, principalmente o DM e a HAS, por repercutir positivamente na comunidade, pois o ACS é capaz de orientar/educar os usuários com relação ao autocuidado e os hábitos de vida. Em sua pesquisa, os autores identificaram que os ACS possuem interesse de ampliar o seu conhecimento para que possam ofertar um cuidado qualificado, uma vez que eles mostraram ter entendimento muito limitado quanto a HAS e o DM.

4. O PASSO A PASSO ESCOLHIDO PARA A CAMINHADA QUE FOI TRILHADA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que segue o delineamento da pesquisa-ação. A pesquisa-ação faz parte da investigação-ação, termo utilizado por pesquisas que seguem um ciclo de agir na prática investigando a respeito dela, descrito por Tripp (2005) da seguinte forma: planejar, agir/intervir, descrever e avaliar uma ação a fim de aprimorar a prática. O ciclo pode ser mais bem visualizado na figura a seguir:

Figura 1 - Diagrama representando as quatro fases do ciclo da investigação-ação.



Fonte: TRIPP, 2005, p. 446.

É difícil estimar onde a pesquisa-ação teve origem, pois a prática de refletir a própria atuação tem percorrido todo o contexto histórico da humanidade. Tal pesquisa percorreu diversos campos de aplicação a partir das ciências sociais, como a administração, ensino e desenvolvimento comunitário, sendo que atualmente houve crescimento também na área da saúde (TRIPP, 2005).

Na pesquisa-ação, os pesquisadores e participantes atuam vivamente no processo investigativo, a partir de um planejamento social, para solucionar problemáticas coletivas identificadas, seguindo a ideologia da ação social. Ela possui como características o ideal participativo, a democratização do saber e a contribuição para a mudança social, tendo como alicerce a transformação da realidade e a produção do conhecimento (BALDISSERA, 2001; MOLINA, 2007; TANAJURA; BEZERRA, 2015).

Metodologicamente, a pesquisa-ação se diferencia das pesquisas convencionais, pois:

> "[...] o processo, o mais simples possível, desenrola-se frequentemente num tempo relativamente curto em que todos os membros do grupo colaboram. Na pesquisa-ação, os dados são retransmitidos à coletividade. Ao mesmo tempo, busca-se conhecer as percepções dos sujeitos sobre a realidade investigada, com o objetivo de orientá-los sobre a avaliação mais apropriada dos problemas detectados, visando redefinir o problema e apontar novas soluções." (BARBIER, 2002, p. 55 e 56).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na UBSF Raimundo Carneiro que fica localizada no bairro do Pedregal na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. De acordo com o consolidado SIAB de 2013, referências mais recente disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, na equipe 1 havia 629 famílias, com um total de 2.451 pessoas. Com relação a sua moradia, 99,1% morava em casas de tijolos/adobe, 99,2% tinha acesso à rede pública de abastecimento de água, 96,5% dispunha de coleta pública de lixo e 99,7% dispunha de energia elétrica. Quanto ao acesso à rede de esgoto 95,5% utilizava a rede canalizada, 3,5% os desejos ficavam a céu aberto e 1,0% dispunha de fossa. A equipe 2 havia cadastrado 605 famílias totalizando 2.335 pessoas. Sobre a moradia, 98,7% morava em casa de tijolo/adobe, 98,2% tinha acesso à rede pública de água, 93,2% dispunha de coleta pública de lixo e 99,7% possuía energia elétrica. 86,61% das famílias tinha acesso à rede canalizada de esgoto, 12,1% tinham os dejetos expostos a céu aberto e 1,3% utilizava fossa (SMS Campina Grande, 2013).

Apesar de se tratar de uma região periférica da cidade, a maioria das ruas é pavimentada, há acesso à rede pública de água e energia e, em geral, as moradias são de tijolos. As casas são simples, sem acabamento, algumas compartilhadas por mais de uma família. Há outras com apenas uma pessoa, geralmente idosa e aposentada. O acesso é bom, exceto quando chove muito, pois há ruas não pavimentadas. Há vários recursos sociais: escolas, clube de mães, igrejas, mercados e associação de bairro.

Figura 2 - Área de abrangência da UBSF do estudo destacada em vermelho.

Fonte: Arquivo próprio, 2016.

4.3 População e Amostra

A população do presente estudo são os profissionais ACS das duas equipes da UBSF Raimundo Carneiro, totalizando 11 trabalhadores. A amostra foi composta por 06 ACS que concordaram em participar da pesquisa.

4.4 Procedimento e Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu através de oficinas de trabalho, tendo em vista que elas possibilitam um espaço democrático aos sujeitos para o debate, para expressarem seus pensamentos e experiências, num ato reflexivo de análise, julgamento e proposição de soluções de maneira coletiva para a construção de conhecimentos e propostas para transformação das práticas em saúde (CHIESA e WESTPHAL, 1995; QUEIROZ, SILVA e OLIVEIRA, 2014).

Norteadas pelos princípios da pesquisa-ação e da educação permanente em saúde, as oficinas tinham como finalidade ampliar a visão dos ACS a respeito das problemáticas/dificuldades que surgem durante o seu processo de trabalho, assim como sensibiliza-los para a importância da reflexão/ação por meio da ação educativa.

Foram realizadas quatro oficinas de trabalho na sala de reuniões da UBSF Raimundo Carneiro, com duração máxima de 2 horas, durante o período de novembro e dezembro de

2016, sendo cada oficina marcada em dia e hora que melhor se adequava aos ACS. As oficinas foram divididas nos seguintes temas: OFICINA 1 – “Entendendo tudo”: conhecendo a pesquisa e seus participantes; OFICINA 2 – Hipertensão Arterial Sistêmica “sem muído”; OFICINA 3 – Vamos entender de vez o Diabetes Mellitus?;

A primeira oficina serviu para esclarecer os ACS a respeito do estudo, onde todas as informações foram repassadas e discutidas. Apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual os ACS realizaram a leitura individualmente e explanaram possíveis dúvidas que foram esclarecidas. O termo foi assinado indicando o consentimento para a participação na pesquisa. Posteriormente, foi entregue um instrumento para o levantamento do perfil dos ACS.

As Oficinas 2 e 3 foram planejadas de acordo com a temática. Utilizou-se como recursos o Datashow, notebook e cadeiras. Os participantes foram organizados, sentados lado a lado no formato de roda e, para averiguar o conhecimento das ACS a respeito dos assuntos, foram elaboradas questões disparadoras no decorrer da oficina, que as estimulavam a responder e discutir.

Os momentos foram gravadas e os dados transcritos em sua íntegra para posterior análise e tratamento dos conteúdos, sendo os sujeitos da pesquisa denominados por tipos de pedras preciosas para preservar o anonimato dos participantes.

4.5 Análise dos Dados

Para o tratamento e análise dos dados utilizou-se da técnica de análise de conteúdo categorial proposta por Bardin (2011). Essa proposta tem como principal objetivo o desvendar crítico, sendo considerado um método empírico que possui instrumentos metodológicos que estão em constante aperfeiçoamento, podendo ser aplicados a diversos tipos de discursos. O seu foco é na mensagem, na comunicação.

Bardin (2011) discorre sobre as etapas para organização da análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, sendo este último subdividido ainda em codificação e inferência.

Primeiramente, realizou-se a pré-análise, onde ocorre a organização de todo o material escolhido/selecionado e pertinente aos propósitos da pesquisa. Posteriormente, compondo a segunda etapa da proposta, realizou-se a exploração do material. Realizou-se a leitura flutuante de todo o material, e foram construídos hipóteses e indicadores prévios que

nortearam a interpretação final. Seguiu-se as cinco regras descritas por Bardin (2011): exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade.

Já na fase de interpretação dos resultados, iniciou-se pela codificação, onde os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidade, até serem codificados. Bardin (2011) discorre que a codificação dos dados é a escolha das unidades de registro, ou seja, a unidade a se codificar, podendo ser um tema, palavra ou frase. Após a codificação, foi feita a categorização, ou seja, reuniram-se as unidades em categorias, em formas de pensamentos que refletem a realidade de maneira resumida. O processo de organização seguiu em duas etapas: inventário e classificação.

Finalmente, a análise entrou na etapa da inferência. Segundo Bardin (2011), a inferência segue quatro polos de comunicação: o emissor, o receptor, a mensagem e o canal. Nesta etapa, compara-se enunciados e ações entre si a fim de se realizar possíveis unificações. A partir do referencial teórico, foi feito o embasamento científico da análise promovendo a interpretação. Realizou-se uma análise profunda nos discursos dos participantes, evidenciando o que estava por trás dos significados das palavras.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado respeitando as recomendações advindas da Resolução nº 466/12[1] do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. Essa pesquisa foi aprovada no comitê de ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro- HUAC, CAAE 11893112.0.0000.5182.

Aos sujeitos desta pesquisa foi apresentado e realizado a leitura do TCLE (Apêndice A), apresentado em duas vias, onde uma ficou em posse do participante e outra do pesquisador. Neste TCLE, constam informações sobre o estudo, solicita a autorização para gravar as oficinas e sobre o compromisso de preservação da identidade dos participantes por parte do pesquisador, além de esclarecimentos sobre riscos e benefícios dos entrevistados.

[1] A Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União nº 12, de 13 de junho de 2013, seção 1, p. 59. Esta resolução regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, portanto, encontra-se revogada a Resolução CNS nº 196/96.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das Pedras Preciosas da UBSF Raimundo Carneiro

Participaram do estudo 06 ACS que serão denominados por pedras preciosas a fim de preservar o seu anonimato. Todas são do sexo feminino (100%), sendo que uma (16,6%) esta na faixa etária de 36 a 40 anos, duas (33,3%) tem de 40 a 45 anos, duas (33,3%) estão entre 46 e 50 anos e uma (16,6%) possui mais que 50 anos. No que concerte ao tempo de atuação na APS uma (16,6%) possui entre 11 a 15 anos, duas (33,3%) de 16 a 20 anos e três (50%) atuam a mais de 20 anos.

Quanto a escolaridade cinco (83,3%) possui o ensino médio completo e uma (16,6%) o ensino médio incompleto. Quando questionadas a respeito de capacitações em sua área de trabalho as seis (100%) confirmaram que tinham. A respeito das áreas das capacitações uma (16,6%) possui em Saúde Mental, três (50%) possui nas áreas de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, uma (16,6%) em AIDPI, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador e Saúde Mental e uma (16,6%) em Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e Saúde Mental.

A caracterização pode ser mais bem visualizada no quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde da Família Raimundo Carneiro, Campina Grande, 2017.

ACS	SEXO	FAIXA ETÁRIA	TEMPO DE ATUAÇÃO	ESCOLARIDADE	CAPACITAÇÃO
Ametista	Feminino	46 a 50 anos	Mais de 20 anos	Ensino Médio Completo	4
Safira	Feminino	Mais de 50 anos	Mais de 20 anos	Ensino Médio Incompleto	3
Diamante	Feminino	40 a 45 anos	De 11 a 15 anos	Ensino Médio Completo	2
Turquesa	Feminina	46 a 50 anos	Mais de 20 anos	Ensino Médio Completo	1
Esmeralda	Feminino	40 a 45 anos	16 a 20 anos	Ensino Médio Completo	2
Rubi	Feminino	36 a 40 anos	16 a 20 anos	Ensino Médio Completo	2

FONTE: Elaboração da autoria, 2017.

5.2 O que discutimos nas oficinas de trabalho

As discussões nas oficinas de trabalho permitiram o desenvolvimento de 03 categorias: *CATEGORIA 1 – Hipertensão Arterial "sem muído"; CATEGORIA 2 - Vamos entender de vez o Diabetes Mellitus; CATEGORIA 3 – (DES)ACOMPANHAMENTO NO HIPERDIA.*

CATEGORIA 1 - HIPERTENSÃO ARTERIAL "SEM MUÍDO"

Esta categoria objetivou esclarecer a respeito da HAS. Durante o desenvolver das oficinas, foram realizadas questões disparadoras, com a finalidade de instigar as discussões para identificar os saberes das ACS. Para isso, iniciamos com a seguinte questão: o que é a hipertensão arterial sistêmica?

"Eu acho assim que é a elevação da pressão do sangue." (Esmeralda).

"Eu acho que é o coração. Que o coração bate mais acelerado num ritmo mais acelerado, e a pressão sobe." (Safira).

As falas evidenciam que existe uma necessidade de aprofundamento sobre a HAS, pois elas demonstram saberes incipiente a respeito da temática. As ACS estão de acordo quando relacionam a elevação da pressão sanguínea com a hipertensão, porém não compreendem o parâmetro e a constância necessária para se determinar uma HAS.

De acordo com Malachias et al. (2016) a HAS é uma doença que depende da combinação de diversos fatores, sendo caracterizada por uma elevação constante dos níveis pressóricos, maior ou igual a 140/90mmHg. Essa elevação afeta estruturalmente, funcionalmente e metabolicamente os órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), podendo agravar-se com a presença de outros fatores de risco, como o DM, elevando assim as chances de se desenvolver eventos cardiovasculares que podem ser fatais.

Na oficina, quando questionadas sobre as causas da HAS, verbalizaram de forma simplista:

"Cigarro, bebida alcoólica." (Safira).

"Gordura, estresse, falta de dinheiro [risos]." (Rubi).

"Sedentarismo, o sal." (Esmeralda).

Observa-se que as ACS possuem o conhecimento a respeito dos fatores de risco mais populares para o desenvolvimento da HAS. Malachias et al. (2016), na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, consideram como fatores de risco a idade elevada, o sexo feminino, ser afrodescendente, o excesso de peso e obesidade, a maior ingestão de álcool, sal, o sedentarismo e menores níveis educacionais.

Foi verbalizado sobre a maior ingesta de sal e, a partir dessa fala iniciou-se uma discussão e alguns alimentos ricos em sódio foram citados pelas ACS:

"Biscoito recheado tem um mundo, conservantes" (Rubi).

"Knor, sazon." (Diamante).

Verifica-se que elas possuem um conhecimento empírico a respeito do assunto, expressando aspectos considerados populares, do senso comum, que se referem a conhecimentos passados de indivíduo à indivíduo, no decorrer das gerações.

O consumo elevado de sal é um dos principais fatores de risco para a HAS e é bastante associada aos eventos cardiovasculares. A ingestão de sal pela população brasileira é em torno de 10 a 12g/dia, sendo que a recomendação ideal é de 6g/dia. Portanto, a redução do seu consumo necessita ser estimulado, através de orientações para o preparo e consumo da alimentação diária, uma vez que é a estratégia mais custo-efetiva para se reduzir a prevalência e os custos com tratamento, tanto da HAS como de outras condições clínicas (OLIVEIRA et al., 2015; NOBRE et al., 2013; SARNO et al., 2013).

Após a discussão a respeito da alimentação rica em sódio, indagou-se sobre as complicações que ocorrem em um hipertenso que não realiza o tratamento adequadamente:

"Ter um AVC." (Rubi).

"Infarto." (Esmeralda).

As ACS citam as duas complicações mais conhecidas e temerosas pela população, justificadas pelas altas taxas de morbimortalidade. As complicações da HAS são o Acidente Vascular Encefálico (AVE), a doença arterial periférica, a insuficiência cardíaca, doença renal crônica, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a doença arterial coronariana (NOBRE et al., 2013).

No que se refere às taxas de mortalidade, o AVE é a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil. A HAS esteve vinculada a 77% dos episódios de AVE e 69% dos eventos de IAM. Em consonância, a morbidade também é elevada, ocasionando grandes números de internações hospitalares pelo SUS (BRASIL, 2013; SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015; MALACHIAS et al., 2016).

A taxa de AVE é um indicador de saúde que, indiretamente, possibilita avaliar os níveis pressóricos de uma população, uma vez que se pode inferir a efetividade das estratégias e ações de prevenção e controle da HAS, por meio do número de internações hospitalares (BRASIL, 2016).

Ao serem questionadas a respeito das complicações, iniciou-se uma discussão de diversos casos pessoais, tanto de usuários da comunidade como de familiares que foram vítimas desses agravos:

> "*Eu tenho um também* [usuário]*, ele não tomava remédio e ele teve um AVC.*" (Safira).
>
> "*Também tenho uma* [usuária] *que aos 65 anos, ela era hipertensa e não pegava a medicação (...) ela teve um AVE*" (Esmeralda).
>
> "*Meu pai morreu com infarto fuminante, tinha tido dois já e o médico disse a ele 'o senhor ta fumando ainda?' ele disse 'to' porque ele era assim ele era aquele tipo de doente teimoso*" (Diamante).
>
> "*Eu tive um hipertenso que ele num cuidava da pressão, ele tinha a pressão muito alta, ele fumava na época e trabalhava justamente a noite, o que aconteceu ele adoeceu foi pro médico aí teve que fazer hemodiálise (...) aí fez o transplante e teve uma vida normal, mas teve que mudar os hábitos, parou de trabalhar a noite, teve que parar de fumar, também comia muita besteira aí assim melhorou a dieta.*" (Rubi).

Observa-se que as ACS relacionam os casos com práticas e hábitos de risco para o desenvolvimento de complicações da HAS. Os mais citados foram a falta de adesão ao tratamento medicamentoso, o hábito de fumar e dieta inadequada.

O tratamento não medicamentoso da HAS se refere basicamente a mudanças no estilo de vida, sendo considerados de maior eficácia e reduzem a necessidade de tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos. Tais mudanças se referem a perda de peso, redução do consumo de bebidas alcoólicas, práticas de exercícios físicos, alimentação adequada e controle do tabagismo (NOBRE et al., 2013).

Apesar da importância das taxas da HAS e seus agravos, uma das maiores dificuldades é relacionada a adesão do portador de HAS ao tratamento preconizado, tanto não-medicamentoso como medicamentoso. A adesão se refere ao grau de conformidade entre as práticas e hábitos diários que uma pessoa reflete no seu comportamento, com as recomendações prescritas por um provedor de cuidados da saúde (MENDES et al.,2014; BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Mendes et al. (2014) evidenciam na sua revisão integrativa que os fatores que influenciam na não adesão ao tratamento medicamentoso são aspectos relacionados aos serviços e profissionais de saúde, no que se refere à organização do sistema e atuação multiprofissional; as condições socioeconômicos e demográficos, aspectos psicossociais e culturais e a participação familiar. Em consonância, o estudo de Bezerra, Lopes e Barros (2014) elucidam ainda o pouco conhecimento do paciente a respeito da HAS, como fator de abandono do tratamento.

As estratégias e ações de prevenção e controle da HAS devem envolver uma tríade que necessita estar interligada para o seu sucesso. Essa tríade diz respeito às políticas públicas sociais, as ações de entidades ligadas à saúde e aos meios de comunicação. Com sua atuação integrada, ela visa à detecção e o diagnóstico precoce, o tratamento continuado, o controle da pressão arterial e seus fatores associados, através de modificações no estilo de vida (MALACHIAS et al., 2016).

Atualmente são ressaltadas dificuldades relacionais entre os trabalhadores da APS e uma ineficácia no sistema de referência e contrarreferência, fatos que interferem diretamente no cuidado eficaz para o usuário hipertensivo. Uma equipe multiprofissional e um sistema integrado e comunicativo proporciona um cuidado eficaz e contribui para o não abandono por parte do portador de HAS.

Portanto, na oficina da HAS identificaram-se fragilidades no conhecimento dos ACS a respeito do conceito, das causas e complicações a respeito da HAS. A discussão de casos advindos da sua prática profissional diária foi válido, uma vez que pôde-se relacionar os hábitos desses usuários com a evolução da HAS.

CATEGORIA 2 - VAMOS ENTENDER DE VEZ O DIABETES MELLITUS

A oficina a respeito do DM teve como questão disparadora inicial: o que é o DM? As ACS demonstraram dificuldades em conceitua-lo, contudo a seguinte afirmação predominou na discussão:

"*É muito açúcar no sangue.*" (Ametista)

Percebe-se um saber escasso a respeito do que é o DM. A Sociedade Brasileira de Diabetes o conceitua como um conjunto de distúrbios metabólicos que tem a hiperglicemia com alteração comum, causada pela desregulação na secreção da insulina, defeito em sua ação ou ambas. A hiperglicemia crônica, com o tempo, ocasiona danos, disfunção e falência de diferentes órgãos, principalmente, dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (OLIVEIRA; VENCIO, 2016; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

As ACS demonstraram interesse em conhecer a fisiologia do DM. Diversas dúvidas foram esclarecidas e, a partir daí, foi questionado quais os seus fatores de risco:

"*Obesidade*." (Rubi)

"*Sedentarismo.*" (Esmeralda)

"*Eu acho que tem a genética também*." (Ametista)

As ACS conhecem alguns dos fatores de risco associados ao DM. Normalmente, eles são categorizados em fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são aqueles que com mudanças no estilo de vida a probabilidade para o desenvolvimento do DM se reduz. São eles: obesidade, sedentarismo, HAS e alimentação inadequada. Os categorizados como fatores de risco não modificáveis se referem a idade, raça, sexo e antecedentes familiares (MEDEIROS et al., 2012). A HAS foi um fator de risco considerado novo para elas:

"*Não sabia que a hipertensão podia levar ao diabetes.*" (Diamante)

A HAS é um dos principais fatores de risco para o DM, sendo os dois comumente associados, o que facilita o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, principais causas de morbimortalidade no Brasil. A HAS possui uma prevalência de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos quando comparado aos que não possuem DM (WINKELMANN; FONTELA, 2014).

Ao se evidenciar as classificações do DM, o "pré-diabético" foi considerado uma novidade. A pré-diabetes se refere a um estado intermediário entre os níveis de glicose normais no organismo e a diabetes. Nessa fase, a probabilidade para se desenvolver o DM são

maiores, pois os valores de glicemia estão alterados, mas não a ponto de ser diagnosticado como diabetes (OLIVEIRA; VENCIO, 2016). Neste ponto das discussões, casos pessoais foram compartilhados:

> "*Agora estou entendendo o resultado do meu exame, quase que dá diabetes.*" (Esmeralda)

Posteriormente, indagou-se a respeito dos sinais e sintomas do DM:

> "*Faz muito xixi.*" (Diamante)
>
> "*Perde muito peso*." (Rubi)
>
> "*Sente muita sede.*" (Ametista)

As ACS demonstraram conhecimento a respeito, uma vez que tinham diversos casos de usuários na comunidade que foram exemplificados, e a associação da DM com a má cicatrização de feridas e consequente amputação foi prevalente. Essa e outras consequências advêm da falta de adesão terapêutica por parte do diabético:

> "*Não tomam o remédio direito.*" (Safira)
>
> "*Diabético é tudo teimoso.*" (Rubi)
>
> "*Eu tenho um usuário na minha área que esconde os doces dele.*" (Diamante)

A não adesão ao tratamento para o DM é considerada uma problemática nacional para os programas de saúde pública e, principalmente, para os profissionais de saúde durante a sua prática clínica, uma vez que prejudica no controle metabólico da doença, interfere na formação do vínculo entre profissional e usuário e aumenta o custo do tratamento (SARTI et al., 2012; FARIA et al., 2013).

Em um estudo realizado no interior de Minas Gerais com 505 indivíduos, que teve por objetivo verificar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentos por diabéticos, os autores identificaram que mais de 60% dos diabéticos aderiam ao tratamento medicamentoso, devido a crença do medicamento ajudar com o controle da doença. A respeito do tratamento não medicamentoso, a adesão ao plano alimentar foi muito baixo sendo considerado o maior desafio devido a complexidade do comportamento alimentar. Em contrapartida, a adesão ao exercício físico foi elevada, fato que se justifica pela visão

contemporânea do cuidado com o corpo e investimentos dos setores públicos nesse âmbito (FARIA et al., 2014).

É importante que a equipe da ESF realize o planejamento do plano de cuidados do diabético afim de empodera-lo, considerando seus aspectos psicológicos, sociais, culturais, econômicos e educacionais, ou seja, considera-lo em sua integralidade para promover a sua autonomia e autocuidado (FARIA et al., 2013).

Com o decorrer da discussão, as ACS demonstraram ter conhecimento a respeito do tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o diabetes, assim como as suas complicações. Ao serem instigadas por uma charge (APÊNDICE C) que evidenciava uma pessoa acima do peso se alimentando inadequadamente, com a insulina ao lado e afirmando "estou aprendendo a tratar o diabetes com insulina", iniciou-se uma discussão onde as ACS demonstraram que compreenderam a doença e seus aspectos.

Portanto, na oficina as ACS demonstraram ter conhecimento a respeito dos fatores de risco, sinais e sintomas e do tratamento para o DM. As dificuldades estavam no conceito do diabetes, o porque ele ocorre e nas suas classificações diagnósticas. Achados do estudo de Salci, Meirelles e Silva (2017) corroboram com o presente, que evidenciam que os ACS não tinham conhecimento clínico a respeito do DM, fazendo com que os mesmos buscassem por estratégias de correção desse fato: a autocapacitação, por meio da leitura dos *folders* e panfletos distribuídos pela Secretaria Municipal e Ministério da Saúde, e questionando outros trabalhadores da ESF.

CATEGORIA 3 – (DES)ACOMPANHAMENTO PELO HIPERDIA

Durante as oficinas de trabalho, discussões a respeito do programa HiperDia foram frequentes. O HiperDia foi criado em 2002 através do Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, tendo como objetivo monitorar os usuários portadores da HAS e DM, gerando informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos regularmente e sistematicamente, para todos os cadastrados (BRASIL, 2002).

O programa contribui diretamente no acompanhamento da situação de saúde da população, uma vez que permite conhecer o perfil dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e, com isso, oferecer um embasamento aos gestores responsáveis no planejamento de estratégias de intervenção (PORTAL DA SAÚDE, 2017).

Quando questionadas sobre o manejo com os hipertensos e diabéticos da unidade, elas afirmaram o seguinte:

> *"Eles trazem o cartão de hipertenso, eles só pegam essa medicação na farmácia se eles ou estiverem com o cartão de hipertenso ou com a receita da médica."* (Rubi)

> *"Ah nem faz mais medir nem pesar. É só com medicação."* (Esmeralda).

> *"Pega o remédio e vai embora tomar o remédio de qualquer jeito"* (Safira).

Observa-se que o acompanhamento aos usuários cadastrados no HiperDia é fragilizado. De acordo com o relatado, não são realizadas consultas médicas e de enfermagem e também não há grupos relacionados à HAS e o DM, para otimizar a prevenção, promoção e a educação para o autocuidado.

O atendimento destinado ao hipertenso e diabético deve visar à promoção da saúde e prevenção de agravos, considerando o usuário na sua integralidade. A equipe necessita acompanhar a saúde desse hipertenso e/ou diabético, principalmente no que concerne ao controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos. Tal acompanhamento diz respeito tanto às consultadas do profissional médico e do enfermeiro, como a realização da busca ativa, efetivação de grupos que visem a educação em saúde e as visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

Uma equipe que constrói o vínculo com o usuário e o acompanha rotineiramente, contribui para adesão dos tratamentos, tanto medicamentoso como não medicamentoso, por parte dos usuários, contribuindo também para o melhor funcionamento do programa (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

Diante desta problemática, a ACS Diamante compartilha a sua estratégia para garantir o acompanhamento para os seus usuários:

> *"Eu faço assim quando eu quero que os meus hipertensos passem pelo exame de rotina, eu falo com a enfermeira, e agendo pra eles vir passar por ela pra fazer o acompanhamento e pedir todos os exames de rotina (...) porque assim aquele grupo que a gente tinha antes, que tinha o atendimento deles, a pressão, peso e tudo não tem mais, então o meu vem individual pra ela (...) quando eu vejo que eles já ta tendo que repetir o de rotina de um ano, de seis meses, de diabetes que é mais sério aí eu combino com ela pra eles vim, passa por ela ela pede os exames, eletro e tudo e depois eles vêm só mostrar a médica e aí ela encaminha pro cardiologista, porque assim se eu se a gente for esperar pra formar em questão de grupo que nem antes não tem, então assim pra não ficar solto, eu vou combinando com a enfermeira."* (Diamante).

Em um estudo realizado nas UBSF do município de Caxias (MA), 53,9% dos usuários elucidaram que o ACS é o profissional da UBSF que mais os orienta a respeito da HAS e DM. Considerando seu papel como o elo entre a comunidade e serviço de saúde, o vínculo criado entre este trabalhador e o usuário encoraja o hipertenso/diabético a ter uma participação ativa, ajudando-o a seguir as orientações alimentares, de exercícios físicos e medicamentosas (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Em consonância, observa-se nas falas a seguir a importância do ACS na continuidade do tratamento medicamentoso em usuários analfabetos:

> *"(...) ela* [usuária] *toda vez, ela me chama toda vez porque lá também tem muito analfabeto."* (Esmeralda).

> *"(...) a maioria do povo é analfabeto da minha área, eles vão lá em casa a noite (...) enquanto num vai lá em casa eles não tomam."* (Safira).

Novamente, observa-se o papel do ACS no acompanhamento do usuário hipertenso/diabético, principalmente para o usuário analfabeto que deseja garantir que seu tratamento medicamentoso esteja correto.

Uma pesquisa realizada com os usuários cadastrados no HiperDia de uma UBSF no município de Colombo-PA, identificou que de um total de 63 hipertensos, trinta eram analfabetos e trinte e três alfabetizados. Dentre os analfabetos, 40% dos usuários não aderiam ao tratamento recomendado. Usuários analfabetos possuem dificuldade para aderir o tratamento medicamentoso, principalmente, por seu conhecimento fragilizado sobre a doença. Como importantes fontes de apoio para garantir a adesão medicamentosa estão, em primeiro lugar, a família e, em seguida, a equipe da UBSF (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Portanto, destaca-se a necessidade de elaboração e implementação de ações que visem a sensibilização da equipe multiprofissional da UBSF, a fim de estabelecer um atendimento qualificado, uma vez que os mesmos possuem uma responsabilidade sanitária para com os usuários cadastrados no HiperDia. É preciso instigar o interesse de cada trabalhador da equipe para desenvolver suas atribuições no acompanhamento do tratamento, na monitorização e avaliação dos usuários, fortalecendo assim, a APS (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Diante de tais problemáticas, observa-se a tentativa do ACS de dominar essas dificuldades, favorecendo e contribuindo para que a promoção da saúde e prevenção dos

agravos seja efetivada. De acordo com o relatado, a APS contraria a lógica da sua própria política uma vez que a medicalização é prevalente, fazendo com que o modelo biomédico hegemônico renasça em um contexto histórico-social que luta pelo seu ultimato.

Portanto, é preciso a sensibilização, envolvimento e compromisso dos profissionais/trabalhadores da APS para o acompanhamento e assistência no Hiperdia, estimulando o progresso no combate à HAS e DM, reduzindo incidência, morbidade e mortalidade. A inclusão do ACS nesse contexto é de grande valia, considerando que ele reconhece ambos os lados deste panorama, podendo intervir diretamente na dificuldade prevalente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia empregada no presente estudo se mostrou eficiente, uma vez que permitiu levantar as fragilidades do conhecimento do ACS a respeito da HAS e do DM e, logo em seguida, intervir sobre essas fragilidades com uma metodologia ativa aliada à aprendizagem significativa.

Identificou-se que as ACS tinham uma fragilidade no conhecimento a respeito do conceito, da causa e das complicações relacionadas à HAS. E sobre o DM, elas evidenciaram um saber relativamente maior desse agravo referente aos fatores de risco, sinais e sintomas e tratamento, mas ainda demonstrando dificuldades nos aspectos relacionados ao conceito, a causa e suas classificações.

A EPS foi fundamental, pois através dela estimulou-se a reflexão crítica das ACS permitindo que elas identificassem as principais dificuldades/problemáticas que se apresentam no seu cotidiano de trabalho, e diversas discussões e possíveis soluções fossem elencadas.

São escassos os estudos literários científicos que intervém sobre essa realidade, sendo importante que essa ação seja aplicada em outras localidades, contribuindo no processo de trabalho do ACS e, consequentemente, melhorando a relação entre trabalhador-usuário-serviço de saúde. Contribuir no saber do ACS é cuidar diretamente desse trabalhador "frágil" do serviço de saúde, e cuidar indiretamente da comunidade assistida.

Como limitações do estudo, destaca-se a resistência das ACS das duas equipes que não participaram da pesquisa, e a relutância que os demais profissionais demonstraram com o desenvolvimento deste trabalho. Através da frequência e observação participante das pesquisadoras, percebeu-se que um ponto frágil nas relações internas da equipe foi a comunicação. A equipe que não valoriza o saber e olhar do ACS, não o escuta e não o inclui nas discussões de casos da comunidade, enaltece uma APS não resolutiva. É preciso valorizar esse trabalhador e estimulá-lo por meio da EPS promovendo a sua autonomia e, consequentemente, assegurando sua maior participação e considerações embasadas direcionadas à equipe.

O maior desafio é o reconhecimento deste trabalhador como um membro efetivo da ESF, considerado porta voz do saber popular da comunidade. A equipe necessita ouvir o que o ACS tem à proferir, para que as necessidades dos usuários sejam atendidas e a resolução da APS seja prevalente. Saber popular e saber científico necessitam ser igualmente estimados, uma vez que ambos se complementam impecavelmente.

Nesse contexto, o enfermeiro precisa aliar-se ao ACS e vice e versa, pois ambas atuações, agindo em conjunto e cada uma com suas atribuições, são capazes de transformar a realidade dos usuários e da comunidade. Um processo de trabalho interprofissional que incentiva o cuidar único, integral e humanizado, a fim de sanar as necessidades levantadas em determinado território, melhorando os determinantes e condicionantes de saúde daquela população. É importante registrar a enfermagem como percussora no processo de trabalho dos ACS, pois com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS em 1991, os enfermeiros assumiram o papel de Instrutor Supervisor dos ACS, e tal atribuição contribuiu e contribui até os dias atuais na valorização do enfermeiro enquanto protagonista da saúde pública do país.

Portanto, nas oficinas o conhecimento científico foi argumentado, as experiências foram discutidas e o saber popular foi compartilhado, permitindo a formação de uma rede que interligou diferentes perspectivas a fim de construir uma única paisagem a ser admirada.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C. et al. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica, **Trab. Educ. Saúde**, v. 14, n. 2, p. 611-24, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00112.pdf>. Acesso em 21 nov. 2017.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus, **Diabates care**, v. 37, supl. 1, p. 81-90, jan., 2014. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81.full-text.pdf>. Acesso em 11 nov. 2017.

ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde: concepções de profissionais e usuários, **Psico-USF**, Bragança paulista, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan./abr., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000100087&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 08 jul. 2017.

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do "conhecer" e do "agir" coletivo, **Sociedade em debate**, Pelotas, v. 7, n. 2, p. 5-25, ago., 2001. Disponível em: < http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/viewFile/570/510>. Acesso em 23 jul. 2017.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Liber Livro, 2002.

BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde, **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 1, p. 56-63, mar., 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100008 >. Acesso em 09 jul. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Almedina, 2011.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso, **Rev bras enferm**, v. 67, n. 4, p. 550-5, jul./ago., 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400550>. Acesso em 11 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Departamento de Informática do SUS. **HiperDia** – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Manual de operação, versão 1.5. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://saude.maringa.pr.gov.br/downloads/hiperdia/manualhierdia2.pdf>. Acesso em 20 nov. 2017.

_____. Portaria nº 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em 09 jul. 2017.

_____. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21>. Acesso em: 09 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em 05 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/12/hipertensaoarterialWEB.pdf>. Acesso em 11 nov. 2017.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários, **Saúde debate**, v. 38, n. esp., p. 265-78, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0265.pdf>. Acesso em 21 nov. 2017.

CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. Saúde em Debate, n.45, p.19-22, 1995.

CORIOLANO M. W. L.; LIMA, M. M.; QUEIROGA, B. A. M.; RUIZ-MORENO, L.; LIMA, L. S. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas, **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 37-59, mar./jun., 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000100003&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 09 jul. 2017.

CUNHA, A. Z. S.; REZENDE, M. S.; WEIGELT, L. D.; KRUG, S. B. F.; FEIL, A. I. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde, **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 64-75, out./dez., 2014. Disponível em: < http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/19911 >. Acesso em 09 jul. 2017.

FARIA, H. T. G. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus, **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 3, p. 231-7, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/05.pdf>. Acesso em 12 nov. 2017.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da estratégia saúde da família, **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 257-63, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf>. Acesso em 12 nov. 2017.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008>. Acesso em: 08 jul. 2017.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

LEITE, M. T.; PAI, S. D.; QUINTANA, J. M.; COSTA, M. C. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde, **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 2, p. 2263-76, abr./jun., 2015. Disponível em: < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3597/pdf_1531>. Acesso em: 06 jun. 2017.

LIMA, A. S.; GAIA, E. S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do programa hiperdia em uma unidade do saúde da família do município de Serra Talhada – PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético, **Saúde Colet. em Debate**, v. 2, n. 1, p. 9-16, 2012. Disponível em: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf>. Acesso em 21 nov. 2017.

MACHADO, L. E.; CAMPOS, R. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública, **Saúde Meio Ambient.**, v. 3, n. 2, p. 53-61, jul./dez., 2014. Disponível em: < http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/627/497>. Acesso em 07 dez. 2017.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial, **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 107, supl. 3, p. 1-83, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em 05 nov. 2017.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; PRADO, R. R.; ESCALANTE, J. C.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000-2011, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, out-dez, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599>. Acesso em: 06 jun. 2017.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA, T. P.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. S. C. A.; SILVA, M. M. A. Progress with the strategic action plan for tackling chronic non-communicable diseases in Brazil, 2011-2015, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-90, abr-jun, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200373&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 06 jun. 2017.

MEDEIROS, C. C. M. et al. Prevalência dos fatores de risco para diabetes mellitus de servidores públicos, **Rev Eletr Enf,** v. 14, n. 3, p. 559-69, jul./set., 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a12.pdf>. Acesso em 11 nov. 2017.

MELO, M. B.; QUINTÃO, A. F.; CARMO, R. F. O programa de qualificação e desenvolvimento do agente comunitário de saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária à saúde, **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100086&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 09 jul. 2017.

MENDES, L. M. O. et al. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa, **Rev UNIVAP**, v. 20, n. 5, p. 56-68, jul., 2014. Disponível em: < http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/182/197>. Acesso em 11 nov. 2017.

MOLINA, R. **A pesquisa ação / Investigação-ação no Brasil:** mapeamento da produção (1966-2002) e os indicadores internos da pesquisa-ação colaborativa. 2007. 177f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária, **Medicina**, v. 46, n. 3, p. 256-72, 2013. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EAmica%20prim%E1ria.pdf>. Acesso em 05 nov. 2017.

OLIVEIRA, M. M. et al. Consumo elevado de sal autorreferido em adultos: dados da pesquisa nacional de saúde, 2013, **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 249-56, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00249.pdf>. Acesso em 05 nov. 2017.

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. (org.). **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2015-2016**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em 11 nov. 2017.

PEDRAZA, D. F.; ROCHA, A. C. D.; SALES, M. C. O trabalho educativo do agente comunitário de saúde nas visitas domiciliares em dois municípios do Brasil, **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 105-117, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000400105&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 09 jul. 2017.

PEREIRA, I. D. F.; LOPES, M. R.; NOGUEIRA, M. L.; RUELA, H. C. G. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde, **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 377-97, mai./ago., 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000200377&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 09 jul. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. DATA-SUS – Departamento de informática do SUS. **Hiperdia**. 2017. Disponível em: < http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>. Acesso em 21 nov. 2017.

QUEIROZ, D. M.; SILVA, M. R. F.; OLIVEIRA, L. C. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da educação popular e saúde, **Interface – comum., saúde, educ.**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1199-210, 2014.

ROCHA, N. H. N.; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde, **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 597-615, set./dez., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300597&lang=pt>. Acesso em 09 jul. 2017.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônica, **Rev Latino-Am Enferm**, v. 25, n. e., p. 1-8, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100309&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 12 nov. 2017.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G. C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A. S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano, **Interface: Comunicação, Educação, Saúde**, v. 18, supl. 2, p. 1299-1312. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>. Acesso em 22 out. 2017.

SARNO, F. et al. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009, **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 571-8, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n3/0034-8910-rsp-47-03-0571.pdf>. Acesso em 05 nov. 2017.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família, **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537-48, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 12 nov. 2017.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil, **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1865-76, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601865&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 08 jul. 2017.

Secretaria Municipal de Saúde - SMS, Campina Grande, 2013.

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: MOREIRA, S. M.; PAOLA, A. V. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2.ed. São Paulo: Manoele, 2015. p. 780-5. Disponível em: < http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/03-epidemiologia.pdf>. Acesso em 05 nov. 2017.

TANAJURA, L. L. C.; BEZERRA, A. A. C. Pesquisa-ação sob a ótica de René Barbier e Michel Thiollent: aproximações e especificidades metodológicas, **Rev. Eltrônica Pesquiseduca**, v. 7, n. 13, p. 10-23, jan./jun., 2015. Disponível em: < http://periodicos.unisantos.br/index.php/pesquiseduca/article/view/408>. Acesso em 21 out. 2017.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 17 ed. São Paulo: Cortez. 2009.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica, **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez., 2005. Disponível em: < http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/fetch/81004715/pesquisa%20a%C3%A7%C3%A3o%20metodologia.pdf>. Acesso em 21 out. 2017.

VIDAL, S. V.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia saúde da família em cena: a formação bioética dos agentes comunitários de saúde, em três atos, **Rev Brasileira Educ Médica**, v. 40, n. 1, p. 67-76, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e00842015>. Acesso em 09 dez. 2017.

WINKELMANN, E. R.; FONTELA, P. C. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grando Sul, 2010-2013, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 665-74, out./dez., 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000400665&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 11 nov. 2017.

WHO. World Health Organization. **Health statistics and information systems: estimates for 2000-2012**. Geneva: WHO. Disponível em: < Disponível em: http://www.who. int/healthinfo/global_burden_ disease/estimates/en/index1.html>. Acesso em 09 dez. 2017.

____. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/ publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em 09 dez. 2017.

____. World Health Organization. Mortality and burden of disease. **Noncommunicable diseases (NCD) country profiles, 2014**: Brazil. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2014. Disponível em: < http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 jun. 2017.

____. World Health Organization. **Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases**: report of the 2015 global survey. WHO Document Production Services: Geneva, Switzerland, 2015. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246223/1/9789241565363-eng.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Doenças Crônicas não Transmissíveis sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde**". Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

 O trabalho "EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Doenças Crônicas não Transmissíveis sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde" possui como objetivo geral: discutir as doenças crônicas não transmissíveis com os agentes comunitários de saúde à luz da educação permanente em saúde.

 O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

 A presente pesquisa oferecerá risco mínimo aos participantes uma vez que não será realizada intervenção, podendo estes riscos serem de ordem moral, o que poderiam ocasionar algum constrangimento. Assim, os riscos serão evitados e minimizados, explicitando aos participantes a forma de realização da pesquisa, e só o incluiremos no estudo, conforme sua permissão mediante assinatura do TCLE.

 A pesquisa promoverá como benefícios, melhoria no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, otimizando a transformação das práticas em saúde. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

 Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

 Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 96904554, endereço institucional da pesquisadora: Avenida Juvêncio Arruda, nº 795. Bodocongó, Campina Grande, PB, CEP: 58429-600 .

Campina Grande ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Respondente do estudo: _____

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545

APÊNDICE B - PRIMEIRA OFICINA DE TRABALHO

Instrumento de coleta de dados – Agentes Comunitários de Saúde

1. IDENTIFICAÇÃO

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Estado civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Separado(a)

Número de filhos: _____ Religião:_____

Faixa etária:

( ) 20 a 25 anos ( ) 41 a 45 anos

( ) 26 a 30 anos ( ) 46 a 50 anos

( ) 31 a 35 anos ( ) 51 anos e mais

( ) 36 a 40 anos

Tempo de atuação na ESF:

( ) menos de um ano ( ) de 11 a 15 anos

( ) entre 1e 5 anos ( ) de 16 a 20 anos

( ) de 6 e 10 anos ( ) mais de 20 anos

Tem alguma formação? Caso sim, qual o curso?

( ) Não

( ) Sim

Área de especialização: _____

APÊNDICE C – CHARGE UTILIZADA PARA DISCUSSÃO NA OFICINA DE TRABALHO COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Fonte: Google Imagens.