

Artigo original

Ações educativas às pessoas com hipertensão e diabetes: trabalho do Agente Comunitário de Saúde rural*

Educational actions for people with hypertension and diabetes: the work of the Community Health Agent

Acciones educativas para personas con hipertensión y diabetes: trabajo del Agente Comunitario de Salud en zonas rurales

Geórgia Figueira Rampelotto^I, Maria Denise Schimith^{II},
Laís Mara Caetano da Silva Corcini^{III}, Raquel Pötter Garcia^{III},
Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini^{II}

^I Universidade Federal de Santa Maria. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil

^{II} Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

^{III} Universidade Federal do Pampa, *campus* Uruguaiana. Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil

*Extraído da dissertação "Trabalho de agentes comunitários de saúde em ações educativas a pessoas com hipertensão e diabetes que vivem no campo", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2020.

Resumo

Objetivo: descrever as ações educativas desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus* que vivem no campo. **Método:** estudo qualitativo desenvolvido com 16 ACS que atuavam em nove unidades de saúde rurais de um município do Sul do Brasil, nos meses de junho a agosto de 2019. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. A análise dos dados foi fundamentada pela análise de conteúdo. **Resultados:** as narrativas revelaram que os ACS são promotores de ações educativas, como: visita domiciliária, grupos, rodas de conversa, palestras e sala de espera; todavia, essas atividades são realizadas junto a outros profissionais e estão direcionadas a grupos específicos. **Conclusão:** os ACS precisam refletir sobre a forma como suas práticas educativas estão sendo desenvolvidas, a fim de estabelecer espaços de discussões que tenham impacto nas condicionalidades crônicas.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Doença Crônica; Educação em Saúde; População Rural; Equipe de Assistência ao Paciente

Abstract

Objective: to describe the educational actions developed by community health agents (CHAs) in the care of people with hypertension and diabetes mellitus living in the countryside. **Method:** this was a qualitative study developed with 16 CHAs who worked in nine rural health units of a municipality in southern Brazil from June to August 2019. The semi-structured interview was used as a data collection instrument, and data analysis was grounded on content analysis. **Results:** the narratives revealed that the CHAs are promoters of educational actions, such as home visits, groups, round-table discussions, lectures, and waiting rooms; nonetheless, these activities are performed together with other professionals and are directed at specific groups. **Conclusion:** the CHAs need to reflect on how their educational practices are being developed to establish spaces for discussions that impact chronic conditionalities.

Descriptors: Community Health Workers; Chronic Disease; Health Education; Rural Population; Patient Care Team

Resumen

Objetivo: describir las acciones educativas que los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) han llevado a cabo para atender a personas con Hipertensión Arterial y Diabetes *mellitus*, que viven en el campo. **Método:** estudio cualitativo con 16 ACS que trabajaron en nueve unidades de salud rurales de un municipio del sur de Brasil, durante los meses de junio a agosto de 2019. Se realizó una entrevista semiestructurada para la recogida de datos. El análisis de los datos se basó en el análisis de contenido. **Resultados:** las narraciones revelan que los ACS son promotores de actividades educativas, como: visitas domiciliarias, grupos, rutas de conversación, palestras y sala de espera; por otra parte, estas actividades se realizan junto a otros profesionales y se dirigen a grupos específicos. **Conclusión:** los ACS necesitan reflexionar sobre cómo se desarrollan sus prácticas educativas, para establecer espacios de discusión que incidan en las condiciones crónicas.

Descriptor: Agentes Comunitarios de Salud; Enfermedad Crónica; Educación en Salud; Población Rural; Grupo de Atención al Paciente

Introdução

O objeto deste estudo constitui-se nas ações educativas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no que tange ao cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes *Mellitus* (DM) que vivem no campo. O ACS faz parte da equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) e tem como principal função integrar os serviços da Atenção Básica de Saúde (ABS) com a comunidade, mediando o processo de comunicação.¹

Nessa perspectiva, o trabalho do ACS objetiva levar informações à população por meio de atividades educativas em saúde, nos domicílios e coletividades. Este cuidado educativo valoriza as questões culturais e integra o saber popular e o conhecimento científico sobre saúde, incluindo: a explicação técnica relacionada a doenças e tratamentos, a compreensão das famílias acerca da realidade em que vivem e a identificação das fraquezas e potencialidades do seu território.²

Ademais, ações de caráter educativo auxiliam na disseminação de temas de interesse

comunitário, e se mostram como uma estratégia efetiva na promoção da saúde e prevenção de doenças. Essas ações preconizam eixos temáticos pautados na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde, publicada em 2018, pelo Ministério da Saúde (MS), que define serem prioridades os estudos referentes à avaliação da oferta de ações e serviços de saúde da ABS diante das necessidades da população, dentre elas, as ações realizadas com pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).³

Com efeito, as doenças cardiovasculares são líderes de mortalidade no mundo e fazem parte do grupo de DCNT de maior impacto, ocasionando 17,9 milhões de perdas, em 2016, e representando 31% de todos os óbitos. Estima-se que 82% deles tenham acontecido em países de baixa e média renda e 37% foram provocados por doenças cardiovasculares, dentre elas, a HA.⁴ O DM está entre as dez principais causas globais de morte, apresentando um crescimento significativo de 70% desde os anos 2000, sendo responsável pelo maior aumento nas mortes masculinas, com um acréscimo de 80% nas últimas duas décadas.⁵

Entre os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento destas patologias crônicas estão o hábito de fumar, o consumo de bebidas alcoólicas, a dieta inadequada, o excesso de peso e a inatividade física. Além desses, referencia-se o diagnóstico de HA, DM e de dislipidemias como doenças crônicas que concomitantemente tornam-se fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças.⁶ Dessa forma, destaca-se a relevância temática, na medida em que promove aos gestores e profissionais da saúde a possibilidade de identificar as ações educativas realizadas pelo ACS junto às pessoas com HA e DM.

Aliado a isso, após uma consulta nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e *US National Library of Medicine* (PUBMED), constatou-se que a produção acadêmica apresenta uma lacuna de conhecimento na área, principalmente sobre as ações desenvolvidas pelos ACS voltadas às pessoas com doenças crônicas, especialmente aquelas com HA e DM. Acerca da temática encontrada durante as buscas, os estudos internacionais versavam sobre as formas de acompanhamento e triagem utilizadas por ACS para identificar pessoas com DCNT.⁷⁻⁹ Um estudo nacional abordou sobre os saberes e as ações dos ACS relacionadas às DCNT, porém, o público-alvo foram os idosos.¹⁰ Já uma pesquisa realizada na Cidade do Cabo, em 2018, avaliou o treinamento e conhecimento sobre DM e HA de 150 ACS.¹¹ Como resultado, identificou-se que existe um déficit no conhecimento dos ACS sobre HA e DM, em especial, devido à ausência

de um treinamento padronizado sobre o assunto.

Fundamentado por estas perspectivas, o presente estudo buscou responder à seguinte questão de pesquisa: como são desenvolvidas as ações educativas dos ACS no cuidado às pessoas com HA e DM que vivem no campo? O objetivo geral foi descrever as ações educativas desenvolvidas por ACS no cuidado às pessoas com HA e DM que vivem no campo.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e com abordagem qualitativa. O estudo descritivo permite conhecer as características de determinada população ou fenômenos, assim como descrever o trabalho dos ACS na promoção de atividades educativas às pessoas com HA e DM que vivem no campo.¹² A pesquisa qualitativa favorece a representação dos significados vivenciados na realidade destas pessoas, não atribuindo os valores, as pressuposições ou os significados mantidos pelos pesquisadores.¹³

Compuseram o cenário do estudo as nove unidades de saúde situadas na zona rural de um município, localizado no Sul do Brasil, que contemplavam uma equipe mínima de profissionais de saúde para atender as necessidades e demandas do campo. Os participantes foram os ACS residentes na área rural delimitada pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Utilizaram-se como critérios de exclusão os ACS que estavam de férias, sob laudo ou atestados no período de coleta de dados.

Neste município, estavam em atividades laborais 79 ACS, destes, 21 estavam distribuídos na zona rural. Dentre os 21 ACS que respondiam ao critério de elegibilidade, quatro estavam em licença-saúde e um não aceitou participar do estudo. Portanto, 16 ACS foram incluídos na pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre junho a agosto de 2019. O contato inicial com os participantes, convidando-os a agendar a entrevista e definir o local de preferência, ocorreu de forma presencial nos seus locais de trabalho e também por meio de contato telefônico. Os ACS optaram por realizá-las na unidade de saúde em que estavam vinculados na zona rural (oito) ou em uma sala cedida pela Secretaria de Saúde em uma unidade de saúde central (oito), o que foi acatado pela pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, que é enfermeira atuante em Estratégia de Atenção Primária e possui experiência em pesquisa e docência, consistindo em duas etapas: a primeira com dados referentes às características demográficas (idade, sexo,

estado civil, etnia, religião, nível de escolaridade e tempo de atuação no serviço) dos participantes e a segunda com questões que versavam sobre as atividades laborais dos ACS: significado das ações educativas e em quais momentos no cotidiano de trabalho elas eram realizadas às pessoas com HA e DM; atividades participativas em capacitações e cursos de educação continuada sobre doenças crônicas; uso de materiais de informação na realização das atividades educativas, bem como os desafios e potencialidades de realizar essas ações na área rural. Os ACS estavam sozinhos durante a entrevista. A duração média de cada entrevista foi de 50 minutos, e estas foram registradas em um gravador digital do tipo MP3 Player®.

Utilizou-se a análise de conteúdo, caracterizada por três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a inferência e a interpretação.¹⁴ A pré-análise consistiu na transcrição das entrevistas e na leitura flutuante dos textos. A seguir, no segundo polo, os arquivos foram transferidos para o *Software* NVivo®11, versão gratuita. A escolha deste programa auxiliou na organização e na análise das falas dos participantes, possibilitando recortes e as escolhas das unidades de registro. Em seguida, os depoimentos foram selecionados e codificados para dar sentido às falas dos ACS, por meio da elaboração de quadros analíticos, em formato de documento editável (Microsoft Word®). No tratamento dos resultados, pôde-se compreender sob a perspectiva dos ACS como ocorreram as ações educativas desenvolvidas no cuidado às pessoas com HA e DM que vivem no campo.

O estudo atendeu às recomendações éticas das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 23 de maio de 2019, sob o Parecer n. 3.343.665 e CAEE nº 13164819.9.0000.5346. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apreciado e assinado por todos os participantes. Para manter o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos pela sigla "ACS", a qual identifica os agentes comunitários de saúde, seguida de um numeral ordinal de 01 a 16, formando códigos (ACS-01 ao ACS-16).

Resultados

Entre os 16 ACS, 15 (93,7%) eram do sexo feminino e um (6,2%) do sexo masculino. Seis (37,5%) possuíam de 30 a 39 anos de idade, quatro (25%) de 40 a 49 anos, três (18,7%) de 50 a 59 anos de idade, dois (12,5%) de 20 a 29 anos e um (6,2%) de 60 a 69 anos. Quanto à escolaridade, os participantes possuíam oito ou mais anos de estudo. O tempo de atuação dos

ACS na microárea de abrangência variou de três a 21 anos e eles possuíam em média 126 famílias cadastradas. Todos ingressaram neste cargo por meio de concurso público.

Ao tratar da etnia, 13 (81,2%) ACS se autodeclararam como brancos, dois (12,5%) eram negros e um (6,25%) sem raça/cor declarada. Ao serem questionados se eram praticantes de alguma crença religiosa, 12 (75,0%) responderam serem católicos, um (6,2%) era evangélico, um (6,2%) espírita e dois (12,5%) não eram adeptos de nenhuma religião. Quanto ao estado civil, nove (56,2%) relataram serem casados, quatro (25,0%) solteiros e três (18,7%) divorciados.

Quanto às práticas educativas realizadas com as pessoas com HA e DM que vivem no campo, os participantes do estudo mencionaram que essas atividades foram realizadas diariamente no seu território, sendo um meio de divulgação de informações seguras para a prevenção das doenças e promoção de saúde.

A gente se reúne, conversa e faz uma roda de conversa [...], uma palestra, um bate-papo com algumas perguntas e a gente responde [as dúvidas dos usuários]. (ACS-02)

Nós vamos fazer um grupo de convivência em saúde e vamos abordando temas, como fazer sabão em casa, [confeção de] sal temperado para toda família usar, ginástica laboral e; vamos construindo junto com as pessoas, porque eu posso determinar que precisam disso, mas o usuário [...] de repente quer outra coisa. (ACS-07)

Fazemos cartazes da pirâmide alimentar, tabagismo, hipertensão, diabetes, câncer de mama, câncer de próstata, menopausa e ações diversas na sala de espera. (ACS-08)

Ao abordar como as atividades educativas são desenvolvidas, os ACS indicam que as pessoas atendidas por eles são vistas em uma perspectiva integral. Identificou-se também a preocupação para que as orientações façam sentido para as pessoas que as recebem.

Eu tento questioná-los para ver a realidade deles e dentro do que eles me respondem, eu tento trabalhar alguma coisa que melhore as suas condições de saúde. (ACS-03)

Eu faço uma analogia com um cano d'água. Quando a pressão está alta, força mais, e aí pode arrebentar [...] ou quando a pressão está baixa, ele relaxa. Até uma vez, eu levei uns balões [na unidade de saúde] e coloquei alguns pingos de superbonder e simulei uma aterosclerose. Daí quando eu enchi aquela parte [do balão], não se dilatou e rompeu. Então eles [os usuários] ficaram bem impressionados com isso. (ACS-08)

Durante a realização das ações educativas no campo, os hábitos alimentares e as rodas de chimarrão são incorporados como estratégia para abordar os assuntos relacionados à saúde. Pode-se observar que, quando estes hábitos fazem parte do cotidiano, fica mais difícil incentivar as pessoas quanto às mudanças no estilo de vida.

*O que [...] a gente já fez também é reunir algumas vizinhas ali mais da proximidade e fazer uma roda de chimarrão, cada um leva um bolinho [...] e vamos conversando sobre o diabético, o hipertenso; orientando. (ACS-01)
Participaram [do grupo] 15 mulheres. Bastante para o primeiro encontro. No final, eu fiz uma confraternização. (ACS-05)*

De fato, as mudanças comportamentais devem fazer parte das ações educativas realizadas pelo ACS, o qual pode orientar as pessoas que vivem no campo a cultivarem sua própria horta e a ter uma alimentação mais saudável, aproveitando os alimentos do dia a dia.

Eu oriento na parte da alimentação, o reaproveitamento integral de alimentos, até já fizemos um curso dentro do grupo do Hiperdia, procurando usar mais as coisas do dia a dia. Oriento a terem uma horta, para ter o tempero verde. Nos reunimos dentro do grupo e fizemos o sal temperado e orientamos a usar como um tempero no lugar do sazon e do caldo knor, pois é natural; tem a salsa da horta, a cebolinha da horta [...] tudo dentro do sal. (ACS-06)

A articulação intersetorial também foi citada pelos participantes do estudo como um meio para o fortalecimento das ações em saúde no meio rural. Para alcançar resultados, os ACS declararam que as atividades com os doentes crônicos devem ser planejadas em conjunto com os profissionais da saúde e também com os usuários cadastrados. Dessa maneira, o cuidado se torna resolutivo, contínuo e ocorre de acordo com as necessidades de informações.

Eu gostei bastante dessa ideia do PSE [Programa Saúde na Escola] porque eu acho que a gente tem que construir um conceito de vida saudável para poder, então, que essas pessoas sejam [mais] saudáveis lá na velhice porque a gente encontra mais esses quadros de hipertensão e diabetes nas pessoas a partir dos 40 anos. Para ti ver que foi uma coisa adquirida ao longo da juventude por hábitos relapsos. Então, vamos tentar trabalhar mais com isso [...] para melhorar mais no final lá da vida. (ACS-03)

Eu tenho parceria com a EMATER [Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural] e os trabalhadores rurais, e no último mês, a gente fez uma palestra sobre autoestima das pessoas do meio rural. A gente trabalha com artesanato, pintura em tecido, sabão, incentivando as mulheres a usarem o que têm em casa. Pães, uma troca ideia entre a outra, receitas. Elas gostam de se reunir para conversar, tomar chimarrão, fazer um bolo diferente e contar a receita, então isso para mim como profissional é bem gratificante, pois vejo que elas estão aprendendo alguma coisa. (ACS-06)

Às vezes, deixo [de fazer] as visitas domiciliares para ir atrás de parcerias e no meio rural tem que ser assim. Eu já tive grupo de mulheres trabalhadoras rurais, fizemos curso de bolo, de artesanato, curso de guasqueiro [aquele que faz trançados de couro cru], curso de jardinagem, cursos de chá com a Pastoral da Saúde e oficinas também com a EMATER, passamos uma tarde agradável, partilhando as coisas e conversando sobre saúde. (ACS-07)

Note-se que dificuldades na implantação das ações educativas também foram sinalizadas pelos participantes deste estudo. Relatou-se falta de: suporte da equipe de saúde

por ser área rural; interesse na participação dos usuários devido à distância; estímulo nas tecnologias em saúde propostas; e, também, educação permanente e materiais informativos para o embasamento das atividades.

Sinto mais falta de apoio [...] dos enfermeiros. Às vezes, o enfermeiro não pode ir na nossa área, mas nos dá um suporte [...] na unidade [de saúde], assim aprendo mais e posso levar para eles [os usuários] o conhecimento. (ACS-01)
Tenho dificuldade [de realizar atividades educativas] porque eu não tenho muito material para orientar. (ACS-04)

Tivemos grupos de hipertensos e diabéticos, mas é muita resistência! Temos o [grupo] de ginástica, mas para as pessoas de fora fica um pouco complicado por causa da distância. Tem vezes que eu fico caminhando uma hora, paro e penso, uma hora de caminhada só para ir [ao grupo], [...] aí tu imaginas, por exemplo assim, uma pessoa que é velha, que está cansada, que tem o que fazer dentro de casa, aí caminha uma hora para ir lá para conversar [...]. (ACS-14)

Por outro lado, os ACS também rompem os paradigmas tradicionais e desenvolvem atividades dinâmicas em forma de rodas de conversas, oficinas e na sala de espera da unidade de saúde, provocando, assim, interesse da comunidade em participar das atividades educativas. Tais ACS referiram que contam com o apoio do enfermeiro para fortalecer as vivências já acumuladas e agregar novos conhecimentos.

Fazemos palestras e roda de conversas, nos reunimos no salão da igreja, e aí explicamos [à equipe de enfermagem]: faz teste rápido, [verifica] a pressão [arterial]. (ACS-15)

Fiz sala de espera sobre diabetes e hipertensão com a enfermeira e a técnica [de enfermagem], ela fez as colheres de sal e de açúcar dos produtos que ela tinha ali: bolachinha recheada, salgadinho; então eles [os usuários] acharam bem interessante. (ACS-16)

Em razão da importância que o curso introdutório pode oferecer para a preparação do ACS para sua prática cotidiana no território e para a realização das atividades educativas, questionou-se aos participantes acerca das capacitações recebidas para exercer a sua função. Os relatos expressaram lacunas na formação inicial e falta de educação continuada voltada às condicionalidades crônicas, ocasionando dúvidas e insegurança durante a realização das ações voltadas às pessoas com hipertensão e diabetes.

Já faz sete anos e meio que eu trabalho [como ACS] e eu não me lembro de ter assistido alguma [palestra] sobre hipertensão ou diabetes. Ou que tivesse um profissional [da saúde] que relacionasse o assunto com os idosos e ensinasse a gente [a orientar esse público], porque eu oriento o que eu sei. (ACS-04)

O trabalho do ACS é o trabalho mais importante, não porque eu sou ACS, mas porque é um trabalho de ponta. Ele está vivenciando a realidade das pessoas, pois está dentro da casa, é diferente do profissional da unidade [de saúde] que

vai avaliar o paciente, mas não conhece a realidade. Então, acho que se tivéssemos mais palestras e coisas assim voltadas à área onde o ACS trabalha, o trabalho seria bem diferente. (ACS-06)

Quando nós fomos nomeados, a gente teve uma capacitação para o preenchimento de papel, preencher as folhas [cadastro e acompanhamento das fichas] de como seria o nosso serviço. Agora, o ano passado [em 2018], a gente teve um curso mais completo, que mostrou [...] como é o trabalho com as crianças, o trabalho com as gestantes, com os idosos, hipertensos; de orientação [...]. Então, ali consegui esclarecer sobre as nossas atividades [como ACS]. (ACS-01)

Ensinarão como preencher as fichas, e aí me disseram para sair e fazer as visitas [domiciliárias] com [outra ACS]. E aí eu saí [para fazer as visitas domiciliárias], acompanhei por um mês a [nome de outra ACS], [...] e ela ia me explicando como era [o trabalho do ACS]. Treinamento mesmo não tivemos. (ACS-02)

Cabe salientar ainda que os desafios vivenciados pelo ACS que exerce seu trabalho no campo extrapolam as ações específicas das categorias profissionais, devido à complexidade e diversidade de problemas resultando no desgaste físico, biológico e/ou emocional.

Na área rural, o [maior] desafio são as estradas, de bicicleta mesmo não tem mais como ir [realizar as visitas domiciliárias]. Então, a gente trabalha de carro, de moto [...]. As condições [das estradas] são precárias, a gente sai no barro e as casas ficam longe, com povoados mais distantes. [Outra dificuldade é] não encontrarmos as pessoas em casa na época da lavoura porque estão todos colhendo fumo. (ACS-02)

Tu acabas ficando cansado, sujo de barro, sujo de poeira, daqui a pouco foi um mosquito borrachudo que te picou [...] são desafios que tu não esperas e que vêm pela frente [...] tem que cuidar a estrada; não precisa se cuidar só na rodovia, na estrada no meio rural tem que se cuidar bem mais porque passa vaca, passa capivara e de repente tu podes atropelar, de repente está vindo uma tropa de gado, tenho que esperar. São desafios que se tu [comparar com o perímetro] urbano, aonde tem uma sinaleira para tu parar e entrar para outra rua, lá não [...] é uma porteira que tu tens que abrir. (ACS-07)

Os entrevistados reconheceram que estão expostos em sua rotina de trabalho a mordeduras de cães, picada de insetos, presença de animais, fatores climáticos como sol e chuva, frio e calor, condições precárias das estradas e também à ausência dos usuários em épocas de plantio e colheita de arroz, soja e de fumo; impossibilitando o desenvolvimento das atividades educativas.

Discussão

A maioria dos participantes deste estudo foi composta por mulheres, com idade mínima de 29 anos e idade máxima de 65 anos, casadas, católicas, brancas e que possuíam

oito ou mais anos de estudo. Uma pesquisa realizada em um município da Zona da Mata Mineira também identificou o predomínio do sexo feminino entre as ACS, com idades entre 24 e 73 anos, casadas, brancas e com ensino médio completo.¹⁵ A predominância de mulheres na profissão pode ser explicada devido ao fato de a população mostrar resistência ao ACS do sexo masculino, e por outro lado, as mulheres serem maioria nesta profissão em virtude do papel de cuidadoras que exercem na sociedade.¹⁶ Quanto à escolaridade, cabe destacar a Lei nº 15.595/2018, a qual procurou preencher as lacunas deixadas pelas legislações anteriores em relação às atividades a serem desenvolvidas por esses trabalhadores e os requisitos para ocuparem o cargo. Acerca disso, pode-se citar a ampliação do grau de formação deste profissional que, em seu Art. 6º, propõe que o trabalhador deverá ter concluído o Ensino Médio, o que vai ao encontro dos resultados desta pesquisa.

No que concerne às atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho dos ACS, foi mencionado que o seu trabalho é marcado pela troca de saberes técnicos e populares e também pelo compartilhamento de informações por meio da realização de ações educativas pontuais, de cunho individual ou coletivas. Estas estão voltadas às orientações que façam sentido para as pessoas que a recebem e têm ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde da população. Um artigo que analisou como as ações educativas estão sendo desenvolvidas no PSF do município de Francisco Morato, no estado de São Paulo, afirma que as ações educativas não consistem apenas em orientar as pessoas sobre providências para prevenção e controle dos agravos à saúde. É necessário que sejam desenvolvidas no sentido de estimular o conhecimento e o cuidado de si mesmo, fortalecendo a autonomia, a solidariedade e a responsabilidade comunitária na busca de melhores condições de vida, corroborando os achados do presente estudo.¹⁷

Destarte, as ações educativas desenvolvidas pelos ACS no cuidado às pessoas com HA e DM identificadas foram a visita domiciliária, realização de grupos de convivência, rodas de conversa, palestras e atividades em sala de espera. As atividades dos ACS devem ser realizadas por meio do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para a população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico, articuladas a outros membros da equipe multiprofissional de saúde, quando necessário.¹⁸

Nesse sentido, durante a realização dessas estratégias educacionais, o ACS deve incentivar modificações do estilo de vida, que incluem uma alimentação saudável, redução da

ingestão de sal e consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo, perda de peso, aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio e a prática de atividade física. Diante da relevância da alimentação no controle da HA e do DM e por ela estar diretamente relacionada a questões psicossociais e culturais, as diretrizes brasileiras e manuais ministeriais indicam alguns instrumentos que podem apoiar as ações educativas em saúde, como o Guia Alimentar para a População Brasileira e a Alimentação Cardioprotetora, os quais contemplam as recomendações das sociedades médicas baseadas em evidências científicas.¹⁹⁻²²

Os participantes relataram que, dentre as potencialidades para o fortalecimento da realização das atividades educativas, destacam-se o acolhimento e o vínculo com os usuários, bem como a intersetorialidade entre a saúde, a educação e os diversos equipamentos sociais. Nessa perspectiva, para que o trabalho dos ACS seja resolutivo, são necessários diferentes olhares, saberes e fazeres, sendo fundamental o apoio de uma equipe multiprofissional que assuma a tarefa de cuidar do usuário, contando com intervenções voltadas às questões sociais, e não somente à saúde.

Identificou-se ainda que as atividades educativas são planejadas em conjunto com os profissionais da saúde e também com os cadastrados. Dessa maneira, o cuidado se torna resolutivo, contínuo e busca atender às necessidades de informação dos usuários. Entende-se que a equipe de saúde deve ser corresponsável no planejamento e execução das ações educativas. Porém, cabe destacar a importância do enfermeiro em colaborar com esse processo, visto que, em suas atribuições específicas, estão o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe.¹⁸ Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve um importante papel como supervisor e educador dos ACS de forma a gerar novas competências e habilidades ao trabalho, fortalecendo as experiências já vivenciadas e proporcionando novos conhecimentos aos ACS.

A partir da análise dos relatos dos(as) ACS, foram identificadas lacunas para a implantação das ações educativas com HA e DM, como a escassez de materiais informativos e de capacitações voltadas para as doenças crônicas, e a falta de apoio da equipe de saúde durante a realização das atividades. Um estudo realizado em Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, identificou que a inexistência de materiais e recursos interfere negativamente no sentido de que, mesmo havendo interesse dos ACS em desenvolver atividades de educação em saúde com grupos específicos, não se consegue, pois não há material que ofereça

embasamento para essas ações.²³ Também foram mencionadas a falta de estímulo dos usuários devido à distância das propriedades rurais e dos locais de cenário das ações propostas, bem como a falta de atividades dinâmicas e interativas. Dessa forma, torna-se necessário realizar o levantamento e implantar estratégias de educação popular em saúde que sejam interativas e despertem o interesse do público-alvo, como as metodologias ativas de ensino.

A valer, as metodologias ativas estimulam a participação dos usuários na construção de novos saberes, motivando-os a atuar como protagonistas e, por consequência, rompendo com a educação vertical de receptores de informação e de baixa efetividade. Neste sentido, compreende-se essas metodologias como importantes estratégias para a qualificação do trabalho dos ACS, além de possibilitarem maior adesão da comunidade nas ações planejadas, já que estimulam a construção de novos saberes de maneira crítica, interativa e reflexiva, na qual as pessoas envolvidas participam e se comprometem com o seu aprendizado.²⁴

Os ACS com menor tempo de atuação ressaltaram ainda que foram inseridos no local de trabalho sem passar por capacitação ou curso introdutório, sendo treinados por outros colegas. Considerando a Portaria nº243/2015 e a Lei nº 15.595/2018, para desempenhar as suas funções, o(a) ACS deve ter concluído o curso de formação inicial, com carga horária mínima de 40 horas. Além disso, o(a) ACS precisa contar com uma série de conhecimentos, saberes e habilidades para conseguir executar da melhor forma possível as suas atribuições, devendo ser capacitado nos seguintes temas: políticas públicas de saúde e organização do Sistema Único de Saúde; legislação específica; formas de comunicação e sua aplicabilidade no trabalho; técnicas de entrevista; competências e atribuições; ética no trabalho; cadastro individual e territorial, visita domiciliar; promoção e prevenção em saúde; e mapeamento e dinâmicas da organização social.²⁵

Para isso, o MS definiu Diretrizes para capacitação de ACS em linhas de cuidado, sugerindo que a formação inicial deve ser gradual e permanente e realizada pelos estados e municípios em parceria com as Escolas Técnicas do SUS, considerando o contexto de trabalho dos ACS. Salienta-se que a responsabilidade dessa capacitação é dos gestores públicos e não precisa estar vinculada, especificamente, a um profissional, devendo haver corresponsabilização dos profissionais da equipe de saúde, no acompanhamento e reorientação das ações, apesar de, historicamente, o enfermeiro assumir um papel central.²⁵

As considerações evidenciadas a partir dos depoimentos dos participantes se remetem

a dúvidas relacionadas ao cuidado às pessoas com HA e DM e à insegurança durante a realização das ações educativas. Em outro estudo, as principais fragilidades apontadas pelos ACS coincidem com os achados neste estudo, e indicam limitações individuais, como nervosismo, timidez e insegurança, falta de preparo e de tempo para a organização das ações e falta de interesse da comunidade em participar das atividades educativas.²⁶ Também foram identificadas lacunas na educação continuada voltada às condicionalidades crônicas, haja vista que os ACS salientaram a busca por informações acerca da temática em fontes diversas, como colegas de trabalho, livros, cartilhas e Internet. Um estudo realizado na área rural do interior do estado de Minas Gerais corrobora os achados desta pesquisa, revelando escassez de conhecimento dos ACS em algumas temáticas, apontando para a necessidade de capacitações e oferta de cursos que forneçam subsídios para o seu aprimoramento.²⁷

Por conseguinte, entende-se que a busca por essas informações precisa ser proveniente de fontes confiáveis e que a educação em saúde depende da congruência de fatores, entre eles o incentivo da própria gestão municipal em qualificar os ACS e de fornecer os materiais adequados para a realização de ações educativas com qualidade, o que, por vezes, não acontece de acordo com os resultados identificados. Por outro lado, compreende-se que deve haver também a “ressignificação da postura do próprio ACS ao reconhecer que o mesmo possui responsabilidade quando não há a realização da educação em saúde, não somente, portanto, culpabilizando terceiros quando essas ações não acontecem”.^{24:85}

Ao se tratar sobre as políticas de saúde voltadas para os ACS, é preciso refletir acerca do desempenho de suas atribuições que podem ocasionar desgaste físico, biológico e/ou emocional devido às dificuldades encontradas no seu cotidiano de trabalho. Como parcela dos participantes mencionou a respeito destes desgastes, é relevante pensar no investimento da gestão municipal no apoio psicológico na saúde dos ACS, como forma de prevenção ao possível adoecimento ou dificuldades no campo da saúde mental desses profissionais.

Os entrevistados reconheceram também que estão expostos em sua rotina de trabalho a dificuldades relacionadas à distância e ao acesso às propriedades, condições precárias das estradas, mordedura de cães, picadas de insetos, condições climáticas, dentre outros agravantes que dificultam a sua inserção nos domicílios e afetam a sua produtividade. Esses dados corroboram os achados de outro estudo com áreas predominantemente rurais, demonstrando que as dificuldades encontradas durante o trabalho dos ACS não são

exclusividades dessa região.²⁸

Por sua vez, uma pesquisa realizada em região urbana do Rio Grande do Norte também encontrou resultado semelhante e evidenciou que o trabalho seria menos desgastante para esses profissionais se a gestão municipal disponibilizasse vestimentas, calçados apropriados, acessórios apropriados como bonés e chapéus e protetor solar. Nesse aspecto, o MS institui como equipamentos básicos para o trabalho dos ACS: o fardamento, o crachá de identificação, as fichas do sistema de informação da atenção básica, a balança, o cronômetro, o termômetro, a fita métrica e o material educativo.²⁹

De acordo com a regulamentação da Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho e da Norma Regulamentadora (NR) 6, que dispõe sobre os equipamentos de proteção individual (EPI), é recomendado o uso de EPI gratuito para os trabalhadores como prevenção aos riscos que estão expostos. Ao mesmo tempo, a NR 21 reafirma a necessidade de proteção solar nas atividades ao ar livre, para proteger os trabalhadores contra insolação excessiva, calor, frio, umidade e ventos inconvenientes.

Ademais, acredita-se que algumas estratégias podem proporcionar um ambiente adequado e, consecutivamente, com profissionais de saúde mais satisfeitos. Dentre as possibilidades, o reconhecimento da categoria por parte do poder público e da gestão, investimento na educação em saúde como forma de aperfeiçoamento das suas ações, investimento financeiro, aquisição de insumos básicos para o desenvolvimento de seu trabalho e meios favoráveis às relações sociais e à produtividade, com uma equipe com boa comunicação e corresponsável pela implementação das ações educativas na comunidade.

Neste ínterim, as limitações desta pesquisa estão relacionadas com o *locus* do estudo, pois o deslocamento dos participantes e as condições climáticas para a realização das entrevistas constituíram-se em barreiras importantes. Cabe destacar que algumas entrevistas necessitaram ser remarcadas devido à falta de transporte público em virtude do bloqueio de pontes devido à cheia do rio. Ainda, há um limite no que tange à discussão dos resultados, visto que não foram identificados estudos que versassem acerca das atividades educativas e da HA e DM de forma integrada.

Por fim, espera-se que os achados deste estudo contribuam para discussões e reflexões entre as equipes de saúde, comunidades e gestores municipais sobre a importância de se reconhecer as práticas educativas que o ACS desenvolve com pessoas com diabetes e hipertensão que vivem no campo, visando ao fortalecimento das práticas da APS. Também

contribui para evidenciar a necessidade de educação permanente para os ACS na temática.

Conclusão

As ações educativas identificadas e realizadas pelos ACS foram a visita domiciliária, grupos de convivência, rodas de conversa, palestras e atividades em sala de espera. Apesar disso, alguns participantes demonstraram ter pouco conhecimento acerca do cuidado voltado à pessoa com hipertensão e diabetes, repercutindo no desenvolvimento das suas atividades educativas. Nessa direção, se sentiam empoderados quando estas atividades eram elaboradas em conjunto com a equipe de saúde ou em parceria com outros setores distintos.

Os relatos dos participantes também mostraram que são inúmeras as dificuldades encontradas no seu cotidiano de trabalho, destacando-se a falta de: educação permanente voltada às condicionalidades crônicas e do curso introdutório; materiais informativos para embasar as ações educativas e também das condições mínimas para realização do trabalho no campo, tornando o seu trabalho mais desafiador. Ainda, o absentismo dos usuários na participação das atividades coletivas gera a insatisfação do trabalhador da saúde, que, por muitas vezes, não dá continuidade às atividades.

Por fim, a fala dos participantes contém elementos primordiais para subsidiar gestores locais e os profissionais da rede de atenção à saúde, no sentido de incentivar que as ações educativas sejam desenvolvidas, considerando as particularidades do contexto rural, a fim de estabelecer espaços de discussões que tenham impacto nas condicionalidades crônicas.

Referências

1. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(2):1535-47. doi: 10.1590/1807-57622017.0647
2. Conselho Nacional da Saúde (BR). Recomendação nº 029, de 21 de setembro de 2021 [Internet]. Brasília (DF): Conselho Nacional da Saúde; 2021 [acesso em 2021 dez 18]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2021/Reco029.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
4. Leite MT, Dal Pai S, Quintana JM, Costa MC. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2015;7(2):2263-76. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2263-2276
5. Tsolekile LP, Schneider H, Puoane T. The roles, training and knowledge of community health workers about diabetes and hypertension in Khayelitsha, Cape Town. *Curationis*. 2018;41(1):e1-8. doi: 10.4102/curationis.v41i1.1815

6. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Doenças cardiovasculares [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2017 [acesso em 2019 maio 19]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>
7. World Health Organization (WHO). Global health estimates: life expectancy and leading causes of death and disability [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
8. World Health Organization (WHO). World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf>
9. Mannik J, Figol A, Churchill V, Aw J, Francis S, Karino E, et al. Community-based screening for cardiovascular risk using a novel mHealth tool in rural Kenya. *J Innov Health Inform*. 2018;25(3):176-82. doi: 10.14236/jhi.v25i3.1012
10. Morris-Paxton AA, Rheeder P, Ewing RMG, Woods D. Detection, referral and control of diabetes and hypertension in the rural Eastern Cape Province of South Africa by community health outreach workers in the rural primary healthcare project: Health in Every Hut. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):e1-8. doi: 10.4102/phcfm.v10i1.1610
11. Kangovi S, Mitra N, Turr L, Huo H, Grande D, Long JA. A randomized controlled trial of a community health worker intervention in a population of patients with multiple chronic diseases: study design and protocol. *Contemp Clin Trials*. 2017;53:115-21. doi: 10.1016/j.cct.2016.12.009
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.
13. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
15. Andrade CCB, Paschoalin HC, Sousa AI, Greco RM, Almeida GBS. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, condições laborais e hábitos de vida. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018;12(6):1648-56. doi: 10.5205/1981-8963-v12i6a231047p1648-1656-2018
16. Dantas AAG, Oliveira NPD, Silva MFS, Dantas DS. Condições de saúde e estado nutricional de Agentes Comunitários de Saúde no interior do nordeste brasileiro. *Rev Ciênc Plur*. 2020;6(1):32-43 doi: 10.21680/2446-7286.2020v6n1ID17157
17. Gottardi RLB, Silva AL. Ações educativas: o agente comunitário do Programa De Saúde Da Família do município de Francisco Morato, em São Paulo. *Saúde Debate* [Internet]. 2006 [acesso em 2020 dez 01];30(73/74):275-86. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345309011>
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2020 nov 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
19. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021.
20. Ministério da Saúde (BR). Alimentação cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
21. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [Internet]. São Paulo: Clannad; 2019 [acesso em 2020 nov 30]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
22. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial - 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516-658. doi: 10.36660/abc.20201238
23. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(1):163-82. doi: 10.1590/1981-7746-sol00086
24. Silva JMA, Batista BD, Carmo AP, Gadelha MMT, Andrade ME, Fernandes MC. Dificuldades experienciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na realização da educação em saúde. *Enferm Foco*

[Internet]. 2019 [acesso em 2020 nov 30];10(3):82-7. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1818/577>

25. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para capacitação de Agentes Comunitários de Saúde em linhas de cuidado. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.

26. Araujo EFS, Paz EPA, Ghelman LG, Mauro MYC, Donato M, Farias SNP. Os Agentes Comunitários de Saúde nas práticas educativas: potencialidades e fragilidades. Rev Enferm UERJ. 2018; 26:18425. doi: 10.12957/reuerj.2018.18425

27. Lara MO, Brito MJM, Rezende LC. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):673-80. doi: 10.1590/S0080-62342012000300020

28. Krug SBF, Dubow C, Santos AC, Dutra BD, Weigelt LD, Alves LMS. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de Agentes Comunitários de Saúde no Sul do Brasil. Trab Educ Saúde. 2017;15(3):771-88. doi: 10.1590/1981-7746-sol00078

29. Pinheiro LS, Medeiros TCS, Valença CN, Dantas DKF, Santos MAP. Melhorias para a qualidade de vida e trabalho na visão dos Agentes Comunitários de Saúde. Rev Bras Med Trab. 2019;17(2):180-7. doi: 10.5327/Z1679443520190315

Contribuições de autoria

1 – Geórgia Figueira Rampelotto

Autor Correspondente

Enfermeira. Mestre em Enfermagem - E-mail: ge.rampelotto@gmail.com

Concepção e desenvolvimento da pesquisa, redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

2 – Maria Denise Schimith

Enfermeira. Doutora em Ciências - E-mail: maria-denise-schimith@ufsm.br

Concepção e desenvolvimento da pesquisa, redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

3 – Laís Mara Caetano da Silva Corcini

Enfermeira. Doutora em Ciências - E-mail: lais.silva@ufsm.br

Revisão e aprovação da versão final.

4 – Raquel Pötter Garcia

Enfermeira. Doutora em Ciências - E-mail: raquelgarcia@unipampa.edu.br

Revisão e aprovação da versão final.

5 – Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini

Enfermeira. Doutora em Enfermagem - E-mail: nara.girardon@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final.

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editora Associada: Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro

Como citar este artigo

Rampelotto GF, Schimith MD, Corcini LMCS, Garcia RP, Perlini NMOG. Educational actions for people with hypertension and diabetes: the work of the Community Health Agent. Rev. Enferm. UFSM. 2022 [Accessed at: Year Month Day]; vol.12. e43: 1-17. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769268715>