

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM AMBIENTE E
SAÚDE

JULIO CESAR DE CASTRO OZORIO

EDUCAÇÃO COMO DESAFIO PERMANENTE NO TRABALHO
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

LAGES, 2017

JULIO CESAR DE CASTRO OZORIO

**EDUCAÇÃO COMO DESAFIO PERMANENTE NO TRABALHO
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense como requisito à obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Orientadora: Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Linha de pesquisa: Ambiente, saúde e sociedade.

LAGES, 2017

Dados Internacionais de Catalogação – CIP Brasil

Catalogação na fonte

Ozorio, Julio Cesar de Castro
O99e Educação como desafio permanente no trabalho dos agentes comunitários de saúde / Julio Cesar de Castro Ozorio. -- 2018
117 f.: quad.: tab.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ambiente e Saúde) –
Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC, 2018.
Orientadora: Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

1. Serviços de Saúde Pública. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Doenças Crônicas. 4. Promoção da Saúde. I. Reckziegel, Juliana Cristina Lessmann. II. Universidade do Planalto Catarinense. III. Título.

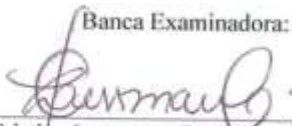
CDD 614.39

JULIO CESAR DE CASTRO OZORIO

Dissertação intitulada **“EDUCAÇÃO COMO DESAFIO PERMANENTE NO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”** foi submetida ao processo de avaliação e aprovada pela Banca Examinadora em 24 de agosto de 2017, atendendo as normas e legislações vigentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense para a obtenção do título de:

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

Banca Examinadora:



Dra. Juliana Cristina Lessmann Reck Ziegel (PPGAS-UNIPLAC)

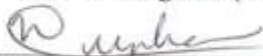


Dra. Gabriela Marcelino de Mello Lanzoni (UFSC)

Dra. Micheline Henrique Araújo da Luz Koerich (UDESC)



Dra. Alessandro Giraldes Iglesias (UNIPLAC)



Dra. Natália Veronez da Cunha (PPGAS-UNIPLAC)

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um gesto de reconhecimento a todos aqueles que foram importantes na nossa jornada, o principal de todos é aquele que está sempre do nosso lado, Deus.

À Professora Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel pela paciência e pela orientação. Por ser uma grande incentivadora na construção desta dissertação.

A todos os professores (as) do PPGAS que ajudaram na minha formação.

Aos colegas de turma que estiveram juntos nessa caminhada, principalmente aos do “quarteto fantástico” (Dayane, Fernanda e Paulo)

À Secretaria Municipal da Saúde por dispor-me tempo para a coleta das entrevistas e das reuniões de Educação em saúde.

Às Agentes Comunitárias de Saúde das Unidades Básicas de Saúde dos bairros Santa Helena e Tributo pela participação e colaboração no decorrer da pesquisa.

Ao ACS, Cleidimar José Freitas Xavier, pela ajuda e colaboração.

Aqueles que não estão presentes fisicamente, mas estão no meu coração, meus pais Jorge Rodrigues Ozório e Eunice de Castro Ozorio (*In Memoria*), meu sobrinho, Jorge da Cunha Ozório (*In Memoria*), a minha família, meus irmãos, cunhadas, sobrinhas e sobrinhos. Aos grandes amigos que estão longe.

A minha amada esposa, Clades, pela paciência e companheirismo, aos meus queridos filhos, Andréia e Marcelo.

RESUMO

Agentes Comunitárias de Saúde são profissionais da saúde que fazem a interação entre a comunidade e a atenção básica, participam de maneira ativa nas ações de prevenção e promoção de saúde realizadas nas visitas domiciliares. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis tornaram-se problemas de saúde pública determinando mudanças nas ações e na organização do Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa tem como objetivo compreender a contribuição de um grupo de educação em saúde como estratégia para o fortalecimento da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em adultos nas visitas domiciliares. A pesquisa foi realizada em um município localizado na Serra Catarinense. Foi uma pesquisa qualitativa interpretativa, utilizando como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial. Os dados foram coletados em três momentos, porém sempre nas duas unidades de saúde (no local de trabalho) dos 31 participantes. Inicialmente foram realizadas entrevistas individuais utilizando um roteiro semiestruturado, sendo o áudio gravado. Estes dados foram analisados e possibilitaram a formação de grupos de educação em saúde, os quais foram conduzidos de acordo com as informações que foram coletadas nas entrevistas individuais. Nos grupos de educação se utilizou do diálogo como método de condução do grupo, empregado como uma troca de informações sobre os saberes e sobre as ações do dia-a-dia, apontando as possibilidades de modificação da realidade. Foram formados dois grupos, um em cada unidade de saúde. O áudio do grupo foi gravado e posteriormente analisado seguindo os passos de análise previstos na Pesquisa Convergente Assistencial. Após foi aplicado um questionário buscando identificar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde acerca das reuniões de grupo e dos impactos que causaram em seu dia-a-dia. Após o término da coleta de dados foi realizada avaliação dos dados, buscando desvelar o fenômeno com maior profundidade. Foram cumpridos todos os aspectos éticos previstos na resolução 466/2012, sendo aprovado sob o Parecer nº 1.637.208. Constatou-se na pesquisa a necessidade da realização de atividades, mais frequentes, de educação permanente em saúde, para a qualificação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em adultos realizadas por Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Doenças Crônicas; Prevenção e Promoção da saúde; Visita Domiciliar.

EDUCATION AS A PERMANENT CHALLENGE IN THE WORK OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

Community Health Agents are health professionals who make the interaction between the community and primary care, actively participate in prevention and health promotion actions carried out during home visits. Chronic Noncommunicable Diseases have become public health problems by determining changes in the actions and organization of the Unified Health System. The objective of this research is to understand the contribution of a health education group as a strategy to strengthen the role of Community Agents in the prevention of chronic non-communicable diseases in adults during home visits. The research was carried out in a municipality located in the Serra Catarinense. It was a qualitative interpretative research, using, as a methodological reference, the Convergent Care Research. The data was collected in three moments, but always in the two health units (in the workplace) of the 31 participants. Initially individual interviews were conducted using a semi-structured script, with recorded audio. This data was analyzed and enabled the formation of health education groups, which were conducted according to the information collected in the individual interviews. In the education groups, dialogue was used as a method of conducting the group, which was used as an exchange of information about the knowledge and actions of everyday life, pointing out the possibility of modifying reality. Two groups were formed, one in each health unit. The group's audio was recorded and later analyzed following the analysis steps provided in the Convergent Care Survey. Afterwards a questionnaire was applied to identify the perceptions of the Community Health Agents about the group meetings and the impacts they caused in their daily lives. After completing the data collection, data were evaluated, seeking to reveal the phenomenon with greater depth. All the ethical aspects provided for in resolution 466/2012 were complied with, and approved under ordinance No. 1,637,208. The necessity of carrying out more frequent activities of permanent health education for the qualification of actions of health promotion and prevention of chronic non-communicable diseases in adults carried out by Community Health Agents during home visits was found in the research.

Keywords: Community Health Agents; Family Health Strategy; Chronic diseases; Prevention and Health Promotion; Home visit.

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1: Síntese das categorias evidenciadas na análise de dados. Lages, 2017.....	64
Tabela 1: Características sociodemográficas dos 31 Agentes Comunitários de Saúde participante da pesquisa. Lages, 2017.....	63
Tabela 2: Avaliação das atividades de Educação Permanente em saúde. Lages, 2017.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
APS	Atenção Primária de Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COAPES	Contratos Organizativos de ação Pública Ensino-Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
GES	Grupo de Educação em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROESF	Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense
VD	Visita Domiciliar
VIGITEL	Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: uma breve introdução.	23
3.2 CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO DAS ACS E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	28
3.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DOS ACS	37
4. METODOLOGIA	41
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	41
4.2 LOCAL DE PESQUISA	43
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	44
4.3.1 Critérios de inclusão.....	44
4.3.2 Critérios de Exclusão	45
4.4 COLETA DE DADOS	45
4.4.1 Entrevistas pré-grupo	46
4.4.2 Grupo de educação permanente em saúde.....	47
4.4.3 Questionário pós-grupo	48
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4.5.1 Análise de riscos.....	49
4.5.2 Análise de Benefícios.....	49
4.5.3 Obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	50
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS.....	90

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101
APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista semiestruturada da primeira etapa da coleta de dados.	108
APÊNDICE C: Questionário estruturado para a terceira etapa da coleta de dados	109
ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos	113

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas no contexto epidemiológico atual apresentam um papel de evidência entre as principais causas de morbimortalidade, e algumas podem ser consideradas como fatores de risco para outras doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo necessário intensificar ações de promoção e prevenção de saúde no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014). Assim, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas tornam-se relevantes, sendo a equipe de saúde protagonista neste processo, devido ao contato direto com a comunidade. Neste contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham atribuições fundamentais, fortalecendo o elo entre as Unidades de Saúde e os usuários, utilizando as visitas domiciliares como ferramenta essencial de concretização de seu trabalho (BRASIL, 2006a). Nas visitas domiciliares os ACS realizam ações de cadastramento das famílias, acompanham as condições de saúde/doença de seus integrantes, monitoram populações vulneráveis como crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas, além de realizar busca ativa de doenças infectocontagiosas (BRASIL, 2009a, p.46-50).

O Sistema de Saúde no Brasil foi modificando de acordo com a conscientização coletiva dos usuários e dos profissionais que constituem a rede de atendimento. Em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, a Constituição cidadã, foi instituída no capítulo II, da Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde (SUS) com o propósito de

fornecer acesso amplo à população brasileira para o atendimento público em saúde (BRASIL, 1988).

O SUS foi legitimado e definido como uma rede regionalizada e hierarquizada, sob os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação social através da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080, a qual foi regulamentada pelo Decreto nº 7508, de 2011 (BRASIL, 2011a).

Também se verificou a necessidade de dividir a responsabilidade de atendimento em diferentes níveis, no sentido de contemplarem as distintas demandas trazidas pelos usuários e diminuir a sobrecarga de setores, principalmente a nível hospitalar. Devido a estes fatos o sistema foi desmembrado em atenção primária, que engloba o atendimento generalista com o encargo de ser a porta de entrada no sistema, a atenção secundária, que contempla o atendimento ofertado pelos serviços especializados e a atenção terciária responsável pelo atendimento hospitalar e de alta complexidade (LUI et al., 2011).

A partir desta estruturação ocorreram experiências em alguns municípios do Brasil que levaram ao fortalecimento das ações na atenção básica (AB), culminando com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido a partir de um programa emergencial no ano de 1987 no Ceará, sendo desempenhado em ações específicas (HARZHEIM; MENDONÇA, 2014). Assim em 1994 o Ministério da Saúde (MS) lançou oficialmente o Programa de Saúde da Família (PSF) para ser a base do Sistema de Saúde do Brasil além de fortalecer e organizar a Atenção Primária em Saúde. Com uma forma inovadora de atendimento, voltada para ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde contando com equipe multiprofissional

em parceria com a comunidade, trabalhando em uma área adstrita e utilizando os princípios do SUS (SANTANA et al., 2015).

No ano de 2006 o PSF foi modificado, pelo Ministério da Saúde, para Estratégia Saúde da Família (ESF), como uma forma de: “Consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde” (HARZHEIM; MENDONÇA, 2014, p.33).

No conjunto de profissionais de diferentes categorias que fazem parte da equipe da ESF estão os ACS que, na condição de trabalhadores e moradores da comunidade em que exercem as suas funções, são um dos principais articuladores entre a unidade de saúde e a comunidade (SANTOS et al., 2011). Eles estreitam esta conexão principalmente através das visitas domiciliares (VD), pois por meio desta prática os ACSs com seus conhecimentos dos contextos onde estão inseridos, podem transmitir orientações educativas mais conectadas à realidade, atendendo assim as necessidades da população (KEBIAN; ACIOLLI, 2014). As atividades realizadas na rotina dos ACS ajudam a identificar os fatores de risco de maneira precoce, dentre elas as doenças crônicas, utilizando as ações de prevenção que podem reduzir a ocorrência de agravos à saúde (BRASIL, 2009a, p. 24).

Contudo ocorrem dificuldades no fazer cotidiano dos ACS que podem estar relacionadas à falta de conhecimento a respeito das suas práticas, considerando que a maioria dos ACS não tem formação na sua área de atuação, além da possível falta de motivação em realizar tais atividades ou, ainda, pela falta de interesse dos gestores em implantar estratégias de qualificação das ações dos ACS baseadas nos princípios da ESF e do SUS (SANTANA et al, 2015). Não há consenso quanto à

interferência de tais elementos na atuação dos ACS, porém a Atenção Primária em Saúde, apesar de apresentar elevado percentual de cobertura territorial por equipes da ESF, apresenta dificuldade para concretizar as ações de promoção da saúde e prevenção, em especial de doenças crônicas (SANTANA et al., 2015).

Quanto às doenças crônicas, destacamos que há uma preocupação global com o aumento de casos de diabetes mellitus (DM), “caracterizada por alterações metabólicas e endócrinas [...] que trazem necessidades farmacológicas, comportamentais e de cuidado para o viver cotidiano” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). Esta doença crônica é fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e demais alterações, porém o maior desafio está na adesão aos tratamentos, devido à complexidade e duração dos mesmos (MALERBI, 2011; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013; RECKZIEGEL, 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

Outra doença crônica muito frequente na população brasileira e mundial é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), “definida quando os valores da Pressão Arterial (PA) são ≥ 140 mmHg e/ou 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões distintas, na presença ou não de DM” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014, p.19-20). A HAS ocorre com frequência na população geral, porém está comumente associada aos casos de DM, tanto que o Ministério da Saúde brasileiro desenvolveu o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que controla o acesso aos serviços e insumos relacionados à assistência em saúde. A Sociedade Brasileira de Cardiologia aponta que “70% das pessoas com DM

também possuem HAS, e que a prevalência de HAS é duas vezes maior do que na população geral” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014, p.20).

Estudos apontam que estas doenças crônicas causam grandes impactos aos serviços de saúde, sendo responsável pelo elevado consumo de medicamentos, de exames e de atendimento profissional, além de serem causa direta ou indireta de grande número de internações hospitalares, gerando elevada demanda e aumento nos custos financeiros do serviço de saúde como um todo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Este tema torna-se de uma importância fundamental, pois, devido às características do trabalho desenvolvido pelas ACS junto à comunidade, verifica-se a oportunidade de contribuir para a mudança de atitudes dos usuários quanto as suas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), através de ações educativas, tornando-os corresponsáveis pelo seu tratamento. Neste contexto verificamos que estimular um processo educativo permanente que permita que os ACS ampliem os seus conhecimentos a respeito do tema, possa ser o diferencial de qualificação dos serviços de saúde.

Assim, esta pesquisa buscou considerar a seguinte pergunta: Quais as contribuições de atividade de educação permanente em saúde desenvolvida junto aos Agentes Comunitários de Saúde com base em seu conhecimento prévio acerca da promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas em adultos e sua utilização durante as visitas domiciliares?

2. OBJETIVOS

A seguir serão apresentados os objetivos que norteiam a pesquisa:

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a contribuição de um grupo de educação em saúde como estratégia para o fortalecimento da atuação dos agentes comunitários de saúde na prevenção de doenças crônicas em adultos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde acerca da prevenção de doenças crônicas em adultos e sua aplicação durante as visitas domiciliares.
- Desenvolver atividade de educação permanente em saúde com os agentes comunitários de saúde acerca de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas em adultos durante as visitas domiciliares.
- Desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas por meio de adultos realizados por Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares pautados em atividades em grupo de educação permanente em saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A seguir será apresentada uma revisão de literatura contemplando os principais fundamentos que nortearam a condução teórica deste estudo.

3.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: uma breve introdução.

A atenção básica como estratégia de organização dos serviços de saúde, apresenta como características a acessibilidade, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação (BRASIL, 2012a).

O primeiro contato considera a **acessibilidade**, reconhecendo as facilidades ou dificuldades que fazem com que os usuários cheguem à unidade básica, o horário de atendimento, as particularidades de cada um (como deficiências físicas e/ou mentais), a idade, a distância, os meios de transporte, o tempo usado para deslocar-se e o uso do serviço. A **longitudinalidade** requer o atendimento ao longo do tempo, em um ambiente de relação colaborativa e humanizada entre o usuário, a sua família e a equipe de saúde, levando ao acompanhamento preventivo mais eficaz. A **integralidade** supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às demandas da comunidade adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros setores do Sistema de Saúde e o reconhecimento adequado dos problemas apresentados no decorrer dos atendimentos. A **coordenação** implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde e por meio da comunicação efetiva, da disponibilização de informações e da

efetividade das redes de cuidado que irão auxiliar e aprimorar o reconhecimento dos problemas individuais e coletivos dos usuários do sistema. A AB torna-se assim uma das formas de coordenar os recursos do sistema para atender às necessidades e demandas dos usuários (MENDES, 2012, p. 59).

Seguindo esta política de atenção básica foi estruturado o Programa de Saúde da Família, o qual foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, no sentido de instituir uma prática da atenção à saúde em novos fundamentos (BRASIL, 2008, p.43-44). A proposta do PSF tornou-se a mais adequada ao sistema de saúde vigente na época, pois favorecia a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS por meio do atendimento da população com foco na saúde da família (MENDES, 2012).

O PSF no princípio foi instalado com verbas insuficientes, as quais contemplavam apenas alguns municípios. Então através da Norma Operacional da Saúde (NOB) criada em 1996, um novo modelo de financiamento da atenção básica foi instituído, passando a se chamar Piso de Atenção Básica (PAB), que apenas iniciou as suas operações em 19 de fevereiro de 1998, modificando a forma anterior de pagamento por procedimento (BRASIL, 1996).

Com a instituição do PAB garantiu-se os repasses de maneira automática do nível federal até o nível municipal, fazendo assim com que os recursos chegassem a todos os municípios. Posteriormente foi criado o PAB variável, que estabeleceu as normas de repasse dos recursos aos municípios vinculados ao PSF, acelerando o ritmo de crescimento do programa por meio da adesão de uma quantidade maior de municípios (BRASIL, 2001c).

Em 2001 ocorreram modificações importantes no PSF, incentivos financeiros foram disponibilizados para os municípios que tivessem maior cobertura do programa, aumentando a criação de novas equipes ou da mudança daquelas já existentes para o PSF (BRASIL, 2001c). Ao mesmo tempo, iniciou o Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família (PROESF), para incentivar o crescimento da cobertura, estabilização e qualificação do PSF em capitais e cidades com mais de 100 mil habitantes (HARZHEIM; MENDONÇA, 2014).

Em 2006, com o advento da nova Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria nº648 de 28/03/2006 do Ministério da Saúde, modificou-se o nome de Programa - PSF - para Estratégia - ESF - visando consolidar e efetivar a Saúde da Família como uma forma de acesso do usuário ao sistema de saúde (BRASIL, 2006b). A Estratégia de Saúde da Família se fundamenta no princípio do trabalho multiprofissional, com equipes compostas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, técnico em saúde bucal, odontólogo e agentes comunitários de saúde, que atuam dentro dos princípios da atenção básica de acordo com suas práticas descritas na Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011b). O seu objetivo central é criar laços de compromisso entre estes profissionais da ESF, a comunidade atendida e outros profissionais que contribuem para o trabalho (LOCK-NECKEL et al., 2009). Dentre estes profissionais de apoio podemos citar os do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que foram criados por meio da portaria nº 154 de 24 de Janeiro de 2008 pelo Ministro da Saúde (BRASIL, 2008).

Considerando os princípios da atenção básica o NASF, consiste em ferramenta que possui como objetivo ampliar, complementar e qualificar o trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF. O NASF de modo conjunto com as equipes vem fomentar a consolidação do trabalho em redes de atenção, ampliando a capacidade resolutiva do atendimento integral aos usuários (BRASIL, 2012b). Ressalte-se que dentro das suas intervenções incluem-se o “atendimento assistencial, que propicia a ação clínica direta com os usuários, e o atendimento técnico-pedagógico, que gera ações de educação permanente (EP) com e para as equipes da ESF” (BRASIL, 2012b, p.29).

As equipes multiprofissionais que constituem o NASF são formadas por assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educador físico, farmacêutico, entre outros, de acordo com a realidade de cada município. Elas atuam de forma integrada com as equipes da ESF, desenvolvendo práticas intersetoriais e interdisciplinares, dentro dos princípios do SUS (integralidade, longitudinalidade e acessibilidade). Podemos citar que entre os processos de trabalho usados pelo NASF, o matriciamento, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território, que são elementos usados visando gerar autonomia para que as equipes de ESF possam ampliar a qualidade e resolutividade do cuidado (BRASIL, 2012b, p.30).

Com a consolidação da atenção primária em saúde, foi necessário congregiar vários elementos disciplinares específicos de cada profissão, estabelecendo então a assistência interdisciplinar por meio da conexão de saberes, favorecendo o atendimento em saúde compartilhado, reconhecendo a totalidade e singularidade dos usuários,

objetivando o bem-estar da comunidade a ser atendida. Neste contexto, a interdisciplinaridade é definida como uma interação entre os diferentes saberes dos profissionais envolvidos, com o objetivo de integração, usando cada um à sua *práxis* de maneira recíproca e compartilhada (MAIA et al., 2013).

Com a interação, entre a ESF e o NASF, a interdisciplinaridade torna-se uma troca cotidiana de diferentes conhecimentos na prática. Porquanto o saber interdisciplinar dá condições ao profissional de saúde apresentar uma visão mais ampla, que ultrapasse a sua especialidade e que leve à compreensão dos aspectos sociais existentes no processo de trabalho (GOMES, 1997; OLIVEIRA et al., 2011; SANTOS et al., 2015). Isto acaba proporcionando a estes especialistas uma mudança de atitudes, percebendo os usuários do sistema de saúde em sua totalidade de atitudes e necessidades, proporcionando um atendimento integral e que busca sobrepujar a fragmentação do saber e do fazer, respeitando as áreas profissionais (GOMES, 1997), porém exercendo o desafio da construção conjunta baseada no “respeito, abertura para o outro, colaboração, cooperação, tolerância e o diálogo” (OLIVEIRA et al., 2011, p.28-34). Aponta-se também que “sem diálogo não há troca de conhecimentos e não se consegue ouvir a opinião do outro, habilidades tão necessárias quando se trabalha com a saúde humana” (SANTOS et al., 2015, p. 378-387).

O exercício do saber e do atuar interdisciplinar proporciona aos profissionais da saúde o aumento do seu conhecimento a respeito da organização dos serviços e das ações em de saúde, pois há a construção coletiva, onde as especialidades passam a conjugarem-se para o melhor conhecimento a respeito do trabalho desenvolvido pelos demais,

reconhecendo a saúde da população como elemento essencial para o desenvolvimento das ações (CARDOSO, 2012. p. 18-28).

3.2 CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO DAS ACS E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS

A primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma-Ata, capital do Casaquistão, no ano de 1978, foi um marco histórico fundamental no desenvolvimento dos ideais de uma atenção primária organizada e voltada para a promoção e a prevenção de saúde no mundo (OMS, 1978).

Esta conferência gerou a Carta de Intenções da Declaração de Alma Ata que firmou de maneira mais determinante o conceito de saúde como um direito primordial do homem e ampliou-se a ideia de promover a atenção primária como a porta de entrada para todos os indivíduos no sistema de saúde. Mais tarde esta ideia consolidou-se também com a carta de Ottawa, em 1981, e com outras conferências que ocorreram em diferentes cidades do mundo (BRASIL, 2002).

Após a Declaração de Alma Ata constatou-se que para construção de um sistema voltado para uma atenção primária de saúde organizada necessitava-se de recursos humanos especializados e que fossem capazes de fazer a ligação com as comunidades em que estavam inseridos. Com isto iniciou-se a inserção de pessoas nos serviços que, vivendo nas comunidades, desempenhassem ações vinculadas às unidades de saúde, recebendo a designação de trabalhadores comunitários de saúde (LIU et al., 2011).

O objetivo de residir onde se desenvolve as atividades profissionais torna-se de suma importância pelo fato de partilhar de idênticas dificuldades, cultura e a mesma conjuntura social (SANTOS et al., 2011). Vários países inseriram em seus sistemas de saúde programas que utilizaram estes trabalhadores para identificar, referenciar e orientar a população adstrita (LIU et al., 2011). Esta experiência de trabalho já tinha sido usada na China durante a revolução cultural na década de 60, que utilizou os “doutores de pés descalços” em áreas rurais pobres. Atualmente podemos citar alguns países que utilizam estes trabalhadores como o Irã, Paquistão, Tailândia, Etiópia, Brasil, Uganda, Moçambique, Reino Unido, Estados Unidos e África do Sul, apresentando suas características próprias de trabalho (LIU et al., 2011; FARZADFAR et al., 2012; BALCAZAR et al., 2011).

No Brasil estes trabalhadores foram incorporados ao sistema de saúde com o PACS, o qual era uma ideia que surgiu após um projeto bem sucedido com auxiliares de saúde realizado na cidade de Planaltina, Distrito Federal, que realizavam cuidados na atenção básica com crianças e ações comunitárias, entre os anos 1974 e 1978 (GIUGLIANI, 2011). E também baseada em outras experiências exitosas realizadas, como as do serviço de Saúde Comunitária Murialdo, em Porto Alegre, RS, e a da Pastoral da Criança, em Florestópolis, Paraná (GIUGLIANI, 2011).

Mais tarde, em 1987, no estado do Ceará, foram utilizadas mulheres recrutadas na própria comunidade em ações de emergência para combater a seca, chamado Programa de Agentes de Saúde. Este programa ajudou com êxito a diminuir o índice de mortalidade infantil.

Assim fundamentado nestas experiências, em 1991, o Ministério da Saúde criou o PACS (MENDES, 2012).

O PACS a partir da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) transformou-se em Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde em 2006, sendo formado pela enfermeira e pelas agentes comunitárias, doze no máximo e quatro no mínimo que realizam os seus trabalhos sem a presença do médico (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2011b).

A regularização das atividades dos ACS como profissionais nas ESF foi feita através da Lei nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006c). A partir desta lei as ACS ficam com exercício exclusivo no âmbito do SUS, com vínculo direto com os municípios, e conforme o artigo 3º:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição ao exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006c).

E através da Emenda Constitucional nº 51/2006 previu-se a contratação destes trabalhadores através de processo seletivo público. Entre as condições deste processo está que os ACS devem residir, há pelo menos dois anos, na comunidade onde irão desenvolver as suas atividades; ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever e trabalhar em período integral (SANTOS et al., 2011). Em 17 de junho de 2014 foi implementado o piso salarial nacional dos ACS com a Lei 12.994, que alterou a Lei nº 11.350 (BRASIL, 2014a). Estudo destaca que a maioria

das pessoas que exerce esta função são mulheres, ocorrendo a feminilização da profissão, assim como em outras áreas da saúde, a exemplo da Enfermagem (SANTOS et al., 2011).

Observa-se que a maioria das ACS como profissionais integrantes das equipes de estratégia de saúde são participantes ativas nas atividades desenvolvidas com a comunidade, tornando-se assim a conexão entre a população e a Unidade Básica de Saúde (UBS). Os conhecimentos adquiridos em suas vivências no território da unidade de saúde permitem que as ACS conheçam os principais problemas de saúde/doença e relacionados ao ambiente que acometem a população, favorecendo a atuação efetiva e realmente conectada com as demandas sociais (COSTA et al., 2013).

As ACS são aproximadamente 300 mil em todo o Brasil (VIDAL; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Cada uma delas é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias e apresentam atribuições a qual se destacam algumas já citadas, entre outras: cadastrar as famílias da sua área de abrangência, mapear a sua área de atuação, desenvolver atividades de vigilância, de promoção da saúde, de prevenção das doenças/agravos e de ações educativas individuais e coletivas, sendo as visitas domiciliares a principal estratégia adotada (BRASIL, 1999; KEBIAN, ACIOLI, 2014).

Com isto podemos destacar que o trabalho desenvolvido pelas ACS é de uma importância essencial para a consolidação da ESF. Dentre as atividades mais desenvolvidas pelas ACS está a VD, a qual pode proporcionar a avaliação das demandas de saúde e o reconhecimento dos hábitos de vida, da dinâmica familiar, das crenças e do cotidiano dos usuários da ESF (BRASIL, 2009a, p.46). A VD torna-

se uma ferramenta importante para a prática da assistência à saúde, realizada pelos diversos profissionais que desenvolvem o seu trabalho na ESF e no NASF, tornando-se assim um elemento que vai auxiliar na organização dos serviços de saúde ofertados pelas equipes aos usuários (MACHADO et al., 2015).

A VD proporciona a oportunidade de divulgar as ações desenvolvidas na UBS, explicar o funcionamento dos serviços, ensinar e orientar as pessoas quanto às medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde, entre outras atividades (BRASIL, 2009a, p.49). A prevenção em saúde é composta por uma série de ações que se definem como medidas dirigidas a evitar o surgimento de determinadas doenças, diminuindo sua incidência e prevalência nas comunidades, com ênfase nas doenças crônicas e outros agravos de saúde. As estratégias de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de conhecimento científico baseado em evidências e de recomendações de mudanças de hábitos de vida (CZERESNIA, FREITAS, 2003; MENDES, 2012; SBD, 2014).

As doenças crônicas consistem em um conjunto de enfermidades que se tornam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento mundial (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). Estas comprometem sobretudo os indivíduos mais expostos aos fatores de risco, com pouco acesso às informações e com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e/ou comportamental, acarretando na piora das condições de vida e da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; RECKZIEGEL, 2014).

Considerando a importância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis a Organização Mundial da Saúde (OMS) calculou que

ocorrem cerca de 36 milhões de mortes anuais por estas patologias, sendo as taxas de mortalidade mais elevadas nos países de baixa e média renda, causando grande impacto social e nos sistemas de saúde (WHO, 2011). A OMS e a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhecem esta problemática, sendo que em “setembro de 2011 e em julho de 2014 aconteceram encontros promovidos pela ONU para debater sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com participação dos chefes de governo de países de todo o mundo” nestes foram discutidos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pactuadas estratégias de ação (BRASIL, 2014b, p.1). Como resultados foram aprovados os Planos Global, Regionais e Nacionais de enfrentamento de DCNT, incentivando a elaboração de políticas públicas, o estabelecimento de metas e estratégias eficazes e condizentes com a realidade de cada localidade (MALTA; SILVA, 2013). O Ministério da Saúde tomou o seguinte posicionamento:

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011c).

Entre estas ações propostas estão, reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano, reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, deter o crescimento da obesidade em adultos, reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool, aumentar a prevalência de atividade física no lazer, aumentar o consumo de frutas e

hortaliças, reduzir o consumo médio de sal e reduzir a prevalência de tabagismo (BRASIL, 2011c).

As DCNT, no Brasil, apresentam proporção semelhante às estatísticas mundiais, apesar de que nas últimas décadas tenha ocorrido uma diminuição de cerca de 20% nas taxas de mortalidade por DCNT, particularmente pelas doenças crônicas de natureza cardiocirculatórias e respiratórias, doenças cardiovasculares ainda são a principal causa de morte no país (MALTA; SILVA, 2013).

No Brasil ocorre um processo de envelhecimento da população que pode levar a uma ampliação relativa das condições crônicas, pois elas afetam mais as pessoas de maior idade (IBGE, 2008), o que pode levar a uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no país (MENDES, 2012).

Este aumento das DCNT, principalmente nas últimas décadas, é a representação de algumas consequências negativas advindas da modificação no perfil social, com predomínio da urbanização, uma da alimentação com alto teor calórico e lipídico, além da baixa realização de exercício físico (ADA, 2014; BRASIL, 2011c). Estes fatores de risco comportamentais somam-se aos principais fatores de risco metabólicos, como excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol, repercute diretamente no aumento da incidência de diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), dentre outras doenças (BRASIL, 2011c).

Aponta-se que a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2017), o sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2017) e

a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2016) conceituam a HAS e o DM como:

A HAS caracteriza-se por clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos $\geq 140/90$ mmHg. A HAS é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, que leva à redução da expectativa de vida, possui elevada prevalência e caracteriza-se como um problema de saúde pública. Dados epidemiológicos, no Brasil, demonstraram que aumentou 14,2% o número total de pessoas que foram diagnosticadas com hipertensão, sendo que o percentual da população brasileira afetada pela doença passou de 22,5% em 2006 para 25,7% em 2016 (SBC, 2017; BRASIL, 2017).

O DM constitui grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. Atualmente, a DM é considerada como uma epidemia mundial, estimando-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. A DM devido a sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-la é considerada como um grande problema de saúde pública principalmente devido aos índices de mortalidade (SBD, 2016). O DM é classificado em quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. O DM, tipo 2 abrange 90% dos casos presentes no mundo e apresenta como causas principais o sobrepeso ou obesidade e o sedentarismo (SBD, 2016).

Dados epidemiológicos, no Brasil, demonstraram que aumentou 61,8% o número total de pessoas que foram diagnosticadas com diabetes, sendo que o percentual da população brasileira afetada pela doença passou de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016 (BRASIL, 2017; SBD, 2016). A terapêutica destas doenças crônicas é baseada em alterações no estilo de vida que incluem redução de peso, prática de exercícios físicos, moderação no consumo de sal e álcool e abandono do tabaco, além da adesão aos tratamentos medicamentosos (ADA, 2014).

O diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica são importantes causas de morbidade e mortalidade, principalmente quando afetam conjuntamente o paciente (FREITAS; GARCIA, 2012). Estas doenças são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas, sendo que a identificação e implementação precoce de esquemas terapêuticos tem se mostrado eficaz na redução de complicações em pacientes com diabetes e hipertensão (SBC, 2010).

Assim, as DCNT estão se tornando prioridade em Saúde Pública no Brasil e algumas políticas para sua prevenção e controle têm sido implementadas, como a inserção de atividades de identificação de novos casos e acompanhamento dos casos existentes pelos Agentes Comunitários de Saúde, principalmente por meio das visitas domiciliares (BRASIL, 2009a). Como as DCNT são doenças que aumentam a morbimortalidade pode-se reconhecer ser de extrema importância capacitá-las para a prevenção as doenças crônicas durante as visitas domiciliares (GIUGLIANI et al. 2014).

3.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DOS ACS

A educação é um processo de mudança que proporciona ao indivíduo uma maior capacidade de aprendizagem e possibilita a aquisição de novas habilidades. Este instrumento educativo é um fator essencial de transformação da sociedade, pois providencia de maneira dinâmica mudanças sociais e culturais (RICALDONI; SENA, 2006).

A educação permanente em saúde (EPS), como uma prática baseada no diálogo e na troca de saberes favorece a compreensão do processo de promoção da saúde e torna-se importante para a constante capacitação dos profissionais envolvidos no em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade, principalmente em relação às DCNT. Através do acesso à informação pode-se orientar as pessoas quanto a responsabilidade de mudança dos seus hábitos de vida, quando ao cumprimento das necessidades terapêuticas e o adequado acompanhamento pela equipe de saúde (BRASIL, 2012b).

Assim, a Educação Permanente apresenta-se como uma estratégia que se destaca pela construção de um processo de ensino-aprendizagem e que leva à reflexão crítica do método de trabalho utilizado no cotidiano (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011). A EPS apresenta como base um processo de formação na área de saúde, partindo das necessidades de saúde dos pacientes e das dificuldades diárias que ocorrem no contexto da prática profissional (STROSCHEIN, ZOCHE, 2011; ARRUDA et al., 2008). Nesta perspectiva, a EPS, ao mesmo tempo que permite discutir as ações do dia a dia de trabalho utilizando contribuições teóricas, metodológicas e científicas, também ajuda na

construção de estratégias que os profissionais das equipes utilizam em atuações conjuntas, nas práticas organizacionais no setor de saúde e nas políticas em que estão inseridas as ações de saúde (CECCIM, 2005).

A EPS transformou-se em política pública no campo da saúde devido a divulgação da sugestão da Organização Pan-Americana de Saúde, em meados da década de 1980, que tinha como finalidade abranger o desenvolvimento dos programas de saúde, ponderando que um processo educativo expressivo é adequado para proporcionar a compreensão, adesão e a reflexão crítica dos profissionais da saúde sobre o processo de transformação da sua rotina de trabalho, estimulando a atuação interdisciplinar para a atuação frente a complexidade dos serviços (CECCIM, 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Brasil foi instituída através da Portaria nº 198/ GM/MS de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004). Em 20 de agosto de 2007 ocorreu a apresentação de novas estratégias e diretrizes levando a alterações da PNEPS com a portaria GM/MS nº 1996 (BRASIL, 2007c). A PNEPS ressalta a necessidade da construção, e desenvolvimento, de ações educativas na formação profissional e o aperfeiçoamento individual e coletivo dos profissionais da saúde para contribuir no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

A EPS criada pelo Ministério da Saúde apresenta-se como uma estratégia de modificação dos processos formativos para que estejam voltados para a reflexão sobre prática profissional, a troca de experiências, a reorganização dos serviços de saúde e o comprometimento da equipe com as necessidades do SUS, considerando que a grande dificuldade desse sistema se encontra na

falta de qualificação de profissionais e consolidação dos processos formativos em saúde (OMURA et al., 2014).

Em 27 de fevereiro de 2014 com a portaria GM/MS N° 278 se institui diretrizes para implementação da PNEPS, no âmbito do MS (BRASIL, 2014c), para fortalecer estas ações foi aprovada a Portaria Interministerial n° 1127 de 4 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015), que: “Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Em seu artigo terceiro o COAPES apresenta os seguintes princípios;

I – formação de profissionais de saúde em consonância aos princípios e diretrizes do SUS e tendo como eixo a abordagem integral do processo de saúde-doença; [...] VII – integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde (BRASIL, 2015, p. 2).

Portanto ocorreu um reforço na ideia da prática de formação para qualificação dos profissionais de saúde. Com isto a EPS destaca-se como metodologia voltada para as necessidades dos serviços e dos profissionais da saúde, proporcionando a oportunidade de aprendizado através de discussão de casos, capacitações, palestras, cursos ou outros aspectos de instrução, de acordo com os objetivos do trabalho realizado, constituindo-se a forma de aprofundamento dos seus saberes, crescimento profissional e qualificação do atendimento (WEIGELT et al., 2015).

Aponta-se que a EPS apresenta um desafio de estimular nos profissionais de saúde, entre eles as ACS, o desenvolvimento de uma consciência sobre a sua realidade de trabalho, e o despertar da responsabilidade em seu processo permanente de capacitação (RICALDONI; SENA, 2006). Porquanto quando o trabalhador está ciente do valor da educação no seu local de trabalho, este se torna mais eficiente em seu fazer cotidiano (WEIGELT et al., 2015; STROSCHEIN, ZOCCHÉ, 2011).

Deste modo, se observa a necessidade de avaliar as estratégias empregadas nos serviços de saúde para que a EPS possa ser um método sistematizado e participativo, utilizado em seu cotidiano profissional, no qual o pensar e o fazer são ferramentas relevantes na prática. Isto pode promover melhorias nos serviços de saúde, referente à qualidade do atendimento, levando a satisfação tanto dos profissionais como à dos usuários (RICALDONI, SENA, 2006; LINO et al., 2009; BALBINO et al., 2010; OMURA et al., 2014).

4. METODOLOGIA

A seguir está descrita a trajetória utilizada para a elaboração deste estudo.

4.1. TIPO DE ESTUDO

O enfoque da pesquisa consiste em uma abordagem de caráter qualitativo interpretativo, utilizando a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como referencial metodológico, considerando que a pesquisa qualitativa é uma maneira de explorar e entender o sentido que as pessoas ou os grupos conferem a um problema social ou humano (CRESWELL, 2010).

A metodologia da PCA abrange os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise dos dados a partir das particularidades para os temas gerais e a interpretação do pesquisador a respeito do significado dos dados coletados (TRENTINI, PAIM, 2004; RECKZIEGEL, 2014).

Para nortear o procedimento metodológico foi adotado como referencial a PCA, que abrange diversos procedimentos e técnicas, uma vez que o pesquisador busca relacionar a prática profissional assistencial com o ato de pesquisar (TRENTINI; PAIM, 2004). Este referencial tem a prerrogativa de proporcionar a união entre o fazer cotidiano e a teoria, na tentativa de organizar estratégias para resolver ou tornar mínimo as dificuldades encontradas, impetrar alterações, introduzir novidades na

prática, articular o tema de análise a partir das necessidades surgidas nas situações práticas (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA realiza-se em determinadas etapas, das quais podemos citar: A etapa de **Concepção** que ocorre com a preparação do projeto de pesquisa seguindo os passos básicos que são a definição do tema de pesquisa, a questão de pesquisa, os objetivos gerais e específicos, as estratégias de ação e o referencial teórico, que irá ajudar na formulação da questão de pesquisa, na interpretação, análise e discussão dos achados. Este referencial teórico é fundamentado na relação entre as proposições do referencial e os conceitos da questão de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004, p.49). Ao mesmo tempo é realizada a elaboração da argumentação a respeito das razões da realização da pesquisa e das possíveis associações durante o processo investigativo entre a pesquisa e a prática assistencial (RECKZIEGEL, 2014).

A etapa de **Instrumentação** aborda minuciosamente a descrição da metodologia da pesquisa incluindo: a escolha do local de pesquisa, os participantes da pesquisa, o método convergente-assistencial, a entrevista, observação e o registro das informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na etapa de **Perscrutação** enfatiza-se a aquisição de dados, a qual deve se compatibilizar com o objeto de estudo. Esta estratégia utiliza os métodos de entrevista e observação participante, os quais aproximam o pesquisador e o participante da pesquisa. Na PCA esta proximidade pode tornar a etapa um pouco mais dinâmica, pois permite a criatividade do pesquisador em um enfoque que inclui o respeito à compatibilidade de recursos e à adequação as próprias metodologias (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 84). Ademais permite fortalecer a

formação de grupos de educação em saúde, os quais poderão auxiliar a aprimorar a atuação dos profissionais envolvidos no atendimento dos usuários do Sistema de Saúde.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Lages, localizado na Serra Catarinense, que apresenta uma área da unidade territorial (km²) de 2.631,504 e uma densidade demográfica (hab./km²) de 59,56 (IBGE, 2011).

Lages é dividida em 73 bairros e apresenta uma população, calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no censo de 2010, de 156.737 habitantes, divididos em 75.952 homens e 80.785 mulheres, com uma população urbana de 153.944 e população rural de 2793, e tem estimativa de ter população de 158.732 em 2015 (IBGE, 2011).

O município tem 37 equipes de saúde ligadas a ESF cadastradas no sistema do ministério da saúde. A rede é docente assistencial, pois a maioria das unidades de saúde recebem alunos de cursos de graduação da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) e de outras instituições de ensino técnico superior.

Destas, foram escolhidas duas unidades básicas de saúde, localizadas nos bairros Tributo e Santa Helena, para a realização da pesquisa. As unidades citadas são diferenciadas das demais, pois se apresentam como unidades que estão inseridos nos seus serviços, os alunos do estágio de internato do 6º ano do curso de medicina, em

tempo integral, as Residências Médica, em Medicina de Família e Comunidade, e Multiprofissional, da UNIPLAC.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram todos (as) agentes comunitárias (os) de saúde, maiores de 18 anos, que exercem o seu trabalho nas UBS dos bairros Tributo e Santa Helena. A amostragem conta com um total de 34 agentes, divididas em áreas e micro áreas, adscritos nos seus territórios. Todas são responsáveis por suas áreas nas respectivas unidades, sendo as áreas 22, 23 e 51 da unidade básica de saúde do bairro Tributo, responsáveis por 2635 famílias, e as áreas 37,38 e 39 da UBS do bairro Santa Helena, responsáveis por 2.539 famílias (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGES, 2016).

O grupo que, segundo informações da Secretaria de Saúde, é constituído em sua maior parte por mulheres, sendo 32 mulheres e dois homens no total, com variação de idade de 19 anos a 58 anos, com escolaridade variando do ensino médio completo ao ensino superior incompleto (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGES, 2016). Todos residindo nas suas respectivas comunidades.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Ser Agentes Comunitários de Saúde das Unidades Básicas de Saúde dos bairros Tributo e Santa Helena;

- Estar no exercício das suas funções;
- Desejar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão:

- Ser ACS de outras unidades básicas de saúde;
- Não estar exercendo a função de ACS;
- Estar em férias; afastadas por problemas de saúde ou aposentadas.
- Não aceitar o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.

O tempo de serviço não foi considerado um critério de exclusão, pois se pretendeu verificar o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o assunto, independentemente do tempo em que exercem a função.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados da pesquisa ocorreu em três etapas, descritas a seguir:

4.4.1 Entrevistas pré-grupo

Na primeira etapa foram realizadas entrevistas individuais seguindo roteiro semiestruturado (APENDICÊ B), que investigaram o tema através dos conhecimentos, práticas e percepções de todos os ACS que participaram da pesquisa. Estas entrevistas foram realizadas com as ACS em horário de trabalho, nas unidades de saúde dos bairros Santa Helena e Tributo.

As entrevistas seguiram um roteiro contendo perguntas abertas que estimularam o diálogo e abordaram sobre o conhecimento e a atuação dos ACS nas suas visitas domiciliares e quais as suas percepções a respeito destes temas nas suas atividades profissionais.

As entrevistas tiveram a seguinte questão norteadora: “Como você entende a promoção de saúde e a prevenção de doenças crônicas nas visitas domiciliares”? Dentre outras que surgiram ao longo das entrevistas.

Também foram questionadas informações sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, tempo de serviço na atenção básica, tempo de serviço nesta unidade de saúde) com vistas a traçar o perfil dos participantes do estudo.

Estas entrevistas foram marcadas conforme a disponibilidade dos participantes, ocorrendo no horário e local de trabalho das participantes. Tiveram o áudio gravado, com a utilização de gravador digital, com duração de 20 a 30 minutos, conforme a necessidade de cada participante. As entrevistas individuais foram realizadas pelo Mestrando, analisadas sequencialmente, sendo que os resultados preliminares foram utilizados para elaborar as reuniões de grupo.

4.4.2 Grupo de educação permanente em saúde

Os grupos de educação permanente em saúde se constituem em uma fonte de aprendizado de saúde que propiciam a interação e o diálogo entre seus participantes, baseado no trabalho coletivo. Além disso, seu caráter educativo beneficia a troca de experiências entre seus autores, usuários e profissionais de saúde, respeitando os saberes e a autonomia dos usuários envolvidos. Este processo se distingue, pois faz com que acabe sendo praticado bilateralmente, ou seja, o sujeito que educa é, o mesmo, que aprende por meio de um intercâmbio entre distintos conhecimentos (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

A prática de educação permanente em grupos se constitui em uma importante ferramenta de promoção da saúde, cuja metodologia vem sendo fomentada. Isto ocorre por que em um grupo se valorizam os debates, aumentam os conhecimentos sobre a saúde e são administradas as ações de educação em saúde visando à construção de um saber coletivo, apontando as possibilidades de transformação da realidade (SILVA, 2003; SILVA et al., 2006).

Baseados nestes pressupostos e com vistas a cumprir o pré-requisito da PCA da realização de prática assistencial, foram realizadas intervenções educativas em grupo de educação permanente em saúde. Foi realizada uma reunião em cada uma das unidades de saúde com a presença da maioria dos participantes da primeira etapa do estudo (entrevistas individuais). Estes ocorreram três momentos, sendo que no primeiro foi apresentado pelo Mestrando um resumo das respostas dadas acerca dos conceitos sobre HAS e DM, seguidas das formas de prevenção apontadas pelas ACS. No segundo momento foram

apresentados os conceitos previstos no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, material fornecido pelo MS e disponível on-line, que consiste em referência oficial para a atuação dos ACS na prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2009b). No terceiro momento foi realizada roda de conversa, quando os ACS tiveram a liberdade para tecer questionamentos e comentários acerca das divergências e similaridades observadas. Também foi estimulado amplo debate, com vistas a dirimir dúvidas e proporcionar o fortalecimento de saberes e fazeres. A duração foi de duas horas cada, sendo o áudio gravado em arquivo digital para posterior análise.

4.4.3 Questionário pós-grupo

Após a finalização das atividades de grupo foi aplicado questionário, buscando identificar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde acerca das reuniões de grupo e dos impactos que causaram em seu dia-a-dia. Esta etapa teve a duração de 5 a 15 minutos, conforme a necessidade de cada participante e ocorreu 15 dias após a reunião de grupo. O questionário contém perguntas que avaliaram o desenvolvimento das atividades de grupo (APÊNDICE C).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou as diretrizes e normas regulamentadoras para todos os aspectos éticos relacionados aos seres humanos observados na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado ao comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da

Uniplac CAAE. nº 57734116.8.0000.5368, sendo aprovado sob parecer nº 1.637.208 (ANEXO A).

4.5.1 Análise de riscos

Nesta pesquisa não ocorreram quaisquer danos aos participantes, porém segundo as resoluções 196/96 e 466/12, podem existir riscos decorrentes de pesquisas. Diante disso, foi oferecido amplo apoio profissional dos próprios pesquisadores do estudo, além do apoio formal das Unidades de Saúde e da Clínica escola da Uniplac.

4.5.2 Análise de Benefícios

Os participantes do estudo foram diretamente beneficiados com a participação das atividades de educação permanente em saúde que foram elaboradas com vistas a sanar dificuldades dos participantes, tendo o intuito de qualificar as ações de promoção e prevenção de doenças crônicas em adultos realizadas durante as visitas domiciliares. Como benefício secundário, aponta-se para a possível melhoria da qualidade da atenção em saúde da população realizada por estes ACS.

A pesquisa também contribuiu para a ampliação dos conhecimentos na área e para a qualificação das atividades realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4.5.3 Obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Para contar com o consentimento das agentes comunitárias de saúde, foi realizado convite individual, quando foi oferecido para a leitura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo proporcionado momento para a discussão e esclarecimentos caso fosse necessário. A leitura do TCLE durou o tempo que foi necessário aos participantes. Foi garantida a confidencialidade das informações e a possibilidade de desligamento da pesquisa a qualquer momento. Ao final esperou-se a assinatura do termo e foi estabelecido o melhor dia e horário para a realização da entrevista individual. Aponta-se também que os registros estão sob guarda e responsabilidade dos pesquisadores, sendo garantido o anonimato dos participantes do estudo nas publicações científicas decorrentes da pesquisa.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

A estratégia para análise dos dados obtidos nesta pesquisa teve enfoque qualitativo, sendo realizada a descrição, análise e a reflexão dos dados (CRESWELL, 2010). A apreciação dos dados provenientes das entrevistas individuais seguiu as orientações preconizadas pela PCA, a qual se divide em quatro fases: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 91-97).

A apreensão transcorreu por meio da leitura atenta e extenuante das transcrições das entrevistas individuais e das reuniões de grupo dos

ACS a respeito do uso da prevenção em doenças crônicas e promoção da saúde nas visitas domiciliares. Os dados provenientes do questionário foram analisados descritivamente por meio do uso do software livre on-line SestatNet (NASSAR et al., 2015).

A fase de síntese foi desenvolvida através da análise dos dados por meio da codificação, que facilitou a ligação de ideias semelhantes e divergentes, permitindo maior compreensão dos resultados provenientes da pesquisa.

Na fase de teorização se fez uma fundamentação, através dos dados coletados e analisados com a literatura científica (artigos e capítulos de livros). Na fase de transferência se fundamentou o resultado final da pesquisa, elaborado no formato de manuscrito científico (TRENTINI; PAIM, 2004).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A presente dissertação de mestrado terá seus resultados e discussões apresentados no formato de Manuscrito Científico, conforme prevê o regimento geral do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde.

5.1 EDUCAÇÃO COMO DESAFIO PERMANENTE NO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

RESUMO: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis tornaram-se problemas de saúde pública determinando mudanças nas ações e na organização do Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa tem como objetivo compreender a contribuição de um grupo de educação em saúde como estratégia para o fortalecimento da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em adultos nas visitas domiciliares. A pesquisa foi realizada em um município localizado na Serra Catarinense. Foi uma pesquisa qualitativa interpretativa, utilizando como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial. Os dados foram coletados em três momentos, porém sempre no local de trabalho dos participantes. Inicialmente foram realizadas entrevistas individuais utilizando um roteiro semiestruturado, sendo o áudio gravado. Estes dados foram analisados e possibilitaram a formação de grupos de educação em saúde, os quais foram conduzidos de acordo com as informações que foram coletadas nas entrevistas individuais. Nos grupos de educação se utilizou do diálogo como método de condução do grupo, empregado como uma troca de informações sobre os saberes e sobre as ações do dia-a-dia, apontando as possibilidades de modificação da realidade. Constatou-se a necessidade da realização de atividades mais frequentes de educação permanente em saúde, para a qualificação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em adultos realizadas por Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Doenças Crônicas; Prevenção; Visita Domiciliar.

ABSTRACT: Chronic Noncommunicable Diseases have become public health problems by determining changes in the actions and organization of the Unified Health System. The objective of this research is to understand the contribution of a health education group as a strategy to strengthen the role of Community Health Agents in the prevention of chronic non-communicable diseases in adults at home visits. The research was carried out in a municipality located in the Serra Catarinense. It was a qualitative interpretative research, using, as a methodological reference, the Convergent Care Research. The data was collected in three moments, but always in the work place of the participants. Initially individual interviews were conducted using a semi-structured script, with recorded audio. This data was analyzed and enabled the formation of health education groups, which were conducted according to the information collected in the individual interviews. In the education groups, dialogue was used as a method of conducting the group, which was used as an exchange of information about the knowledge and actions of everyday life, pointing out the possibility of modifying reality. The need to carry out more frequent activities of permanent education in health was verified, to qualify the actions of health promotion and prevention of chronic non-communicable diseases in adults carried out by Community Health Agents during home visits.

Keywords: Community Health Agents; Family Health Strategy; Chronic diseases; Prevention; Home visit.

INTRODUÇÃO

A redemocratização e promulgação da Constituição Federal em 1988 instaurou o SUS com o propósito de fornecer acesso amplo à população brasileira para o atendimento público de saúde (BRASIL, 1988). Em 1994 o Ministério da Saúde lançou oficialmente o PSF para ser a base do Sistema de Saúde do Brasil. Teve como objetivo central o fortalecimento e organização da APS como uma forma inovadora de atendimento, voltada para ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde, contando com equipes multiprofissionais trabalhando em áreas

adstritas e utilizando os princípios do SUS para o atendimento da comunidade (SANTANA et al., 2015). No ano de 2006 o PSF foi modificado pelo Ministério da Saúde para Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma forma de “Consolidar e qualificar a ESF como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (HARZHEIM; MENDONÇA, 2014).

Os ACS fazem parte do conjunto de profissionais que compõe a equipe da ESF, na condição de trabalhadores e moradores da comunidade em que exercem as suas funções, são um dos principais articuladores entre a unidade de saúde e a comunidade (SANTOS et al., 2011). Os ACS são aproximadamente 300 mil em todo o Brasil, sendo a maioria mulheres (VIDAL; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Os conhecimentos adquiridos em suas vivências no ambiente em que habitam permitem que as ACS identifiquem os principais problemas de saúde/doença que acometem a população, favorecendo a atuação efetiva e realmente conectada com as demandas sociais (COSTA et al., 2013). Elas desempenham atribuições fundamentais, tais como o cadastramento e acompanhamento de aproximadamente 150 famílias, o mapeamento da sua área de atuação, o desenvolvimento de atividades de vigilância, de promoção da saúde, de prevenção das doenças/agravos e de ações educativas individuais e coletivas, sendo as visitas domiciliares (VD) a principal estratégia adotada para a realização destas atividades (BRASIL, 1999; KEBIAN, ACIOLI, 2014).

A VD pode proporcionar as ACS a avaliação das demandas de saúde e o reconhecimento dos hábitos de vida, da dinâmica familiar, das crenças e do cotidiano da comunidade, além de possibilitar a divulgação das ações desenvolvidas na UBS, explicar o funcionamento dos

serviços, ensinar e orientar as pessoas quanto às medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde, acompanhar as condições de saúde/doença de seus integrantes, monitorar populações vulneráveis como crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas, realizar busca ativa de doenças infectocontagiosas dentre outras atividades (BRASIL, 2009ab). As atividades realizadas na rotina dos ACS ajudam a identificar os fatores de risco de maneira precoce utilizando as ações de prevenção que podem reduzir a ocorrência de agravos à saúde (BRASIL, 2009ab).

A prevenção em saúde é composta por ações que se definem como medidas dirigidas a evitar o surgimento de determinadas doenças, diminuindo sua incidência e prevalência nas comunidades, com ênfase nas doenças crônicas e outros agravos de saúde. As estratégias de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de conhecimento científico baseado em evidências e de recomendações para a mudanças de hábitos de vida (CZERESNIA, FREITAS, 2003; MENDES, 2012; SBD, 2014).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis consistem em um conjunto de enfermidades que se tornam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento mundial (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). Estas enfermidades comprometem, sobretudo, os indivíduos mais expostos aos fatores de risco, com pouco acesso às informações e com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e/ou comportamental, acarretando na piora das condições de vida e da saúde (WHO, 2011; RECKZIEGEL, 2014). As DCNT no contexto epidemiológico atual apresentam um papel de evidência entre as principais causas de morbimortalidade, como o Diabete Mellitus e a

Hipertensão Arterial Sistêmica, e podem ser consideradas como fatores de risco para outras doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo necessário intensificar ações de promoção e prevenção de saúde no contexto da APS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

Assim, as DCNT consistem em prioridade na atenção em saúde e algumas políticas públicas para sua prevenção e controle têm sido implementadas, como a inserção de atividades de identificação de novos casos e acompanhamento dos casos existentes pelos ACS, principalmente por meio das visitas domiciliares (BRASIL, 2009). Como as DCNT são doenças que aumentam a morbimortalidade pode-se reconhecer ser de extrema importância capacitá-las para a prevenção as doenças crônicas durante as VD (GIUGLIANI et al., 2014).

Contudo ocorrem dificuldades no fazer cotidiano dos ACS, que pode estar vinculado à falta de conhecimento acerca das suas práticas, tendo em vista que a maioria dos ACS não tem formação na sua área de atuação e em alguns casos pode ocorrer falta de motivação em realizar tais atividades ou mesmo falta de reconhecimento por parte dos gestores em implantar estratégias de qualificação das ações desempenhadas pelos ACS baseadas nos princípios da ESF e do SUS (SANTANA et al., 2015).

Considerando a temática exposta surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as contribuições que as atividades de educação permanente em saúde desenvolvida junto aos Agentes Comunitários de Saúde, considerando o seu conhecimento prévio acerca da promoção da

saúde e prevenção de doenças crônicas em adultos, pode qualificar as suas ações durante as visitas domiciliares?

Assim a presente pesquisa considerou o seguinte objetivo geral: Qualificar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas em adultos realizadas por Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares pautados em atividades de educação permanente em saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada no município de Lages, localizado na Serra Catarinense, Brasil, com ACS maiores de 18 anos, que exerciam o seu trabalho nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Tributo e Santa Helena com equipes da ESF, escolhidas por serem diferenciadas das demais, pois se apresentam como unidades que estão inseridas nos seus serviços, os alunos do estágio de internato do 5º ano do curso de medicina, em tempo integral, as Residências Médica, em Medicina de Família e Comunidade, e Multiprofissional, da UNIPLAC. A amostragem contou com um total de 31 ACS. O município tem 37 equipes de saúde ligadas a ESF cadastradas no sistema do ministério da saúde. A rede é docente assistencial, pois a maioria das unidades de saúde recebem alunos de cursos de graduação da Universidade do Planalto Catarinense e de outras instituições de ensino técnico superior.

O enfoque da pesquisa consistiu em uma abordagem de caráter qualitativo interpretativo, utilizando a Pesquisa Convergente Assistencial como referencial metodológico, abrangeu os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, onde proporcionou a

articulação entre à prática profissional assistencial e a pesquisa, com sua implicação em beneficiar a conjuntura onde estavam inseridos os agentes da pesquisa (TRENTINI, PAIM, 2004; RECKZIEGEL, 2014).

A pesquisa foi realizada em três etapas, a primeira etapa foi de **Concepção** onde ocorreu a preparação do projeto de pesquisa. A segunda etapa foi de **Instrumentação** que abordou minuciosamente a descrição da metodologia da pesquisa. Na terceira etapa de **Perscrutação** enfatizou-se a aquisição de dados, a qual deveria se compatibilizar com o objeto de estudo (TRENTINI, PAIM, 2004; RECKZIEGEL, 2014).

As pessoas para serem incluídas na pesquisa deviam ser ACS das UBS dos bairros selecionados, estar no exercício das suas funções, desejar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para serem excluídas da pesquisa, deveriam ser ACS de outras unidades básicas de saúde, não estar exercendo a função de ACS, estar em férias, afastadas por problemas de saúde ou aposentadas e não aceitar o TCLE. O tempo de serviço não foi considerado um critério de exclusão, pois se pretendia verificar o conhecimento dos ACS sobre o assunto, independentemente do tempo em que exerciam a função.

A coleta de dados da pesquisa ocorreu em três etapas, na primeira etapa foram realizadas entrevistas individuais seguindo roteiro semiestruturado que investigaram o tema através dos conhecimentos, práticas e percepções de todos os ACS que participaram da pesquisa. Tiveram o áudio gravado, com a utilização de gravador digital. As entrevistas tiveram duração de 20 a 30 minutos, de acordo com a necessidade de cada participante. As entrevistas individuais foram realizadas pelos pesquisadores, analisadas sequencialmente. Foi

utilizado roteiro abordando aspectos sobre o conhecimento e a atuação dos ACS nas suas visitas domiciliares e quais as suas percepções a respeito da prevenção e promoção de doenças crônicas nas suas atividades profissionais. As entrevistas tiveram a seguinte questão norteadora: “Como você entende a promoção de saúde e a prevenção de doenças crônicas nas visitas domiciliares”? Também foram questionadas informações sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, tempo de serviço na atenção básica, tempo de serviço nesta UBS) com vistas a traçar o perfil dos participantes do estudo. Os resultados das entrevistas individuais nortearam o desenvolvimento das reuniões de grupo.

A capacitação foi realizada em dois momentos distintos, um mês após a realização das entrevistas, nas respectivas unidades escolhidas na pesquisa. Nestas capacitações foram apresentados os conceitos das doenças crônicas prevalentes na pesquisa, na tentativa de ampliar os conhecimentos acerca dos conceitos pré-estabelecidos pelas ACS. As contribuições que as atividades de educação permanente em saúde desenvolvida junto aos Agentes Comunitários de Saúde, considerando o seu conhecimento prévio acerca da promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas em adultos, pode qualificar as suas ações durante as visitas domiciliares.

Após as entrevistas iniciais foi realizada uma capacitação com as ACS das duas UBS, em períodos distintos. Na UBS Santa Helena foi realizada, numa sala da própria unidade, uma reunião com as ACS, com a participação de uma enfermeira da rede municipal, uma enfermeira da residência multiprofissional, o pesquisador e a orientadora da pesquisa. O conteúdo exibido baseou-se no conceito das doenças crônicas

pesquisadas, como se faz a prevenção das mesmas e foi discutida e esclarecida, as dúvidas que surgiram. A capacitação consistiu em apresentação por slides e foi gravada. Em um outro encontro realizado na casa de uma ACS com o grupo da UBS Tributo, a capacitação coube ao pesquisador com as ACS, ocorrendo a apresentação da mesma forma que com o grupo anterior. No grupo do Tributo também ocorreu um debate a respeito das dúvidas que as profissionais tinham e terminou com uma sugestão do grupo de repetição destas capacitações.

No momento seguinte a capacitação, em um período de 14 dias, foi disponibilizado um questionário contendo 11 questões com seis alternativas de resposta cada (não sei, discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente) para conferir se as ACS notaram alguma diferença nas suas práticas com os pacientes portadores de doenças crônicas. Estes questionários foram preenchidos por 25 ACS das duas unidades, não foi preenchido por todos pois algumas entraram em férias e outra não pode participar da capacitação por motivo de luto na família. Também ocorreu em um questionário a duplicidade de respostas por parte de uma ACS, o que invalidou a questão. Para a apresentação dos resultados foram expressos os percentuais de resposta em cada item de cada questão, sendo que, como em nenhuma delas foram assinaladas as alternativas “não sei” e “discordo totalmente”, estas foram suprimidas da tabela 1.

A estratégia para análise dos dados obtidos nesta pesquisa teve enfoque qualitativo, sendo realizada a descrição, análise e a reflexão dos dados (CRESWELL, 2010). A apreciação dos dados provenientes das entrevistas individuais seguiu as orientações preconizadas pela PCA, a

qual se divide em quatro fases: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 91-97).

A apreensão transcorreu por meio da leitura atenta e extenuante das transcrições das entrevistas individuais e das reuniões de grupo dos ACS a respeito do uso da prevenção em doenças crônicas e promoção da saúde nas visitas domiciliares. Os dados provenientes do questionário foram analisados descritivamente por meio do uso do software livre on-line SestatNet (NASSAR et al., 2015).

A fase de síntese foi desenvolvida através da análise dos dados por meio da codificação, que facilitou a ligação de ideias semelhantes e divergentes, permitindo maior compreensão dos resultados provenientes da pesquisa.

Na fase de teorização se fez uma fundamentação, através dos dados coletados e analisados com a literatura científica (artigos e capítulos de livros). Na fase de transferência se fundamentou o resultado final da pesquisa, elaborado no formato de manuscrito científico (TRENTINI; PAIM, 2004).

Esta pesquisa respeitou as diretrizes e normas regulamentadoras para todos os aspectos éticos relacionados aos seres humanos observados na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado ao comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Uniplac CAAE. nº 57734116.8.0000.5368, sendo aprovado sob parecer nº 1.637.208

RESULTADOS

Observamos que se trata de grupo de ACS, que residem nas suas respectivas comunidades, sendo a maioria é do sexo feminino, com idade variando entre os 20 a 60 anos, casadas, com ensino médio completo e com atuação de 1 mês a 9 anos na estratégia de saúde da família, conforme tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos 31 Agentes Comunitários de Saúde participante da pesquisa. Lages, 2017

Variáveis	Categoria	Nº	Porcentagem
Faixa Etária	20-30 anos	11	35,48%
	30-40 anos	09	29,03%
	40-50 anos	08	25,81%
	50-60 anos	03	9,68%
Sexo	Feminino	30	96,77%
	Masculino	01	3,23%
Estado Civil	Casado (a)	18	58,06%
	Solteiro (a)	10	32,26%
	União estável	02	6,45%
	Divorciado (a)	01	3,23%
Escolaridade	2º grau incompleto	02	6,45%
	2º grau completo	22	70,97%
	Ensino Técnico	02	6,45%
	3º grau incompleto	04	12,90%
	3º grau completo	01	3,23%

Tempo na ESF	1 mês – 5 anos	13	41,93%
	6 anos – 9anos	12	38,71%
	10 anos – 15 anos	06	19,36%

Fonte: Dados primários.

A análise de dados das entrevistas permitiu o reconhecimento de diferentes categorias. Na primeira foi verificado o “Conhecimento que as ACS tinham a respeito das visitas domiciliares”, na segunda reconheceram-se as “Percepções a respeito das atribuições dos ACS”, na terceira as “Concepções sobre prevenção/orientação em saúde”, na quarta evidenciou-se o “Conhecimento acerca das doenças crônicas (DM/HAS)” e na última categoria o “Conhecimento acerca das informações em saúde”. No quadro 1 encontram-se descritas as categorias e códigos afins que surgiram a partir da análise das falas.

Quadro 1: Síntese das categorias evidenciadas na análise de dados.
Lages, 2017

Categorias	Códigos afins
Conhecimento a respeito das visitas domiciliares	<p>Espaço para orientação.</p> <p>Local de orientação, suporte e prevenção com apoio de equipe multiprofissional.</p> <p>Informações básicas, esclarecendo o funcionamento e as atividades da ESF.</p> <p>Visita de esclarecimento.</p> <p>Identifica os pacientes que necessitam</p>

	<p>de acompanhamento mais frequente. Prevenção através da orientação. Porta de entrada para entrar na realidade das pessoas. Conhece o paciente e cria vínculos. Momento de contato com a família numa troca de informações. A abordagem aproxima a população da unidade de saúde. Auxilia os pacientes na observação da sua doença. Coleta e registro das informações.</p>
Percepções a respeito das atribuições dos ACS	<p>Ênfase na promoção. Conhecimento do que fazer quando diagnóstico firmado. Registra e socializa informações. Encaminha para consulta e faz VD em equipe. Discussão do problema do paciente com a equipe multiprofissional. Conversa com a enfermeira e o médico para resolver situações que não compreende. Educação permanente na unidade Participa da atividade dos grupos de educação em saúde</p>
Concepções sobre	Prevenção é fornecer informação

prevenção/orientação em saúde	<p>Prevenção a partir da capacitação da equipe</p> <p>Procurar conhecer a doença e orientar o uso correto dos medicamentos</p> <p>Orientação através dos grupos</p> <p>Orientação para o acompanhamento com profissional médico</p>
Conhecimento acerca das doenças crônicas (DM/HAS)	<p>Dúvidas sobre as patologias</p> <p>Doenças que necessitam de acompanhamento contínuo</p> <p>Conhecimento sobre tipos de DM</p> <p>Doenças adquiridas por maus hábitos</p> <p>Não que não tenha cura, mas precisa de uma atenção maior que as outras doenças</p>
Conhecimento acerca das informações em saúde	<p>Trás as informações para a equipe</p> <p>Usa as informações no matriciamento com o NASF e nas reuniões de equipe</p> <p>As informações não têm muito destino (“se perguntar eu respondo”)</p> <p>Evoluem as informações no caderno do ACS</p> <p>Trás as informações e registra no sistema que alimenta o Ministério da Saúde</p> <p>O que fazer para não adquirir</p>

Fonte: Dados primários.

Conhecimento a respeito das visitas domiciliares

Foi identificado que as ACS consideravam as VDs como um momento para orientação e esclarecimento para os usuários acerca do funcionamento e das atividades realizadas nas unidades de saúde, além da coleta e registro de informações. Também consideram que neste momento acontece a identificação das pessoas que possuem algum tipo de doenças crônicas, dentre elas o DM e a HAS, e que necessitam de acompanhamento mais frequente. A VD foi identificada como porta de entrada dos ACS para a realidade das pessoas da área adstrita, ocorrendo a troca de informações. As ACS consideraram que esta abordagem proporciona a oportunidade de implementar ações de prevenção de agravos e aproxima a população da UBS, criando vínculos. Isto tudo auxilia os usuários a melhorarem a observação de suas doenças, pois ocorre a prevenção através da orientação. Em algumas ocasiões ocorrem VDs realizadas conjuntamente com o apoio da equipe multiprofissional, através do apoio do NASF ou das residências (médica e multiprofissional), sendo apontadas pelas ACS como momentos em que a comunidade aprende muito sobre os cuidados em saúde. Nas falas a seguir evidencia-se no relato das ACS que ficam realçados alguns aspectos acima mencionados:

A VD você tem que estar orientando as pessoas, os pacientes quanto à prevenção das doenças crônicas (E1).

Eu entendo que o meu trabalho para com eles é bem importante, porque a gente funciona também como uma psicóloga né, então a gente tenta convencê-los para cuidar da sua saúde. Então... é bem... eu acho que é bem importante meu trabalho com eles e eles comigo, porque eles não verem a hora de a gente chegar na casa

para está contando alguma coisa sobre sua saúde, sobre seu particular... e isso alivia bastante, então eu acho importante! (E6).

Conseguiu-se perceber através das entrevistas que as ACS apresentam um satisfatório entendimento a respeito das suas práticas nas VD. Entendem a importância das suas orientações e dos vínculos que são formados.

Percepções a respeito das atribuições dos ACS

A segunda categoria que se refere às percepções a respeito das atribuições dos ACS, verificamos nos seus relatos que elas fazem o registro de informações coletadas com as famílias e aproveitam a ocasião para dar ênfase às ações de promoção de saúde. Estas mesmas informações são levadas para discussão com a enfermeira ou a equipe multiprofissional para a possível resolução do problema que é apresentado.

Algumas ACS referem que existem situações em que sua atuação se torna dificultada pelo desconhecimento dos usuários acerca do próprio estado de saúde e pela comunicação ineficiente com os demais membros da equipe de saúde. Esta dificuldade de acesso, por parte dos ACS, às informações acerca das condições de saúde/doença faz com que as mesmas sintam a necessidade de ter melhores esclarecimentos para poder ajudar o paciente. Elas relatam que gostariam que o paciente tivesse o diagnóstico confirmado e que o conhecimento do que fazer com estes pacientes fosse transmitido para elas, pois isto iria melhorar as informações que elas passariam para eles. Também dentro das suas

atribuições as ACS fazem o encaminhamento para consultas com profissionais de nível superior quando se verifica a necessidade. As ACS também apontam que participam de grupos de educação em saúde (tabagismo, atividade física, terapia comunitária, gestantes, hipertensos, diabéticos) e em reuniões de educação permanente que ocorrem nas UBS, apontando seguir as orientações que estão no guia Prático do ACS, do Ministério da Saúde de (2009), porém apresentando algumas dúvidas, conforme apontados seguir:

A gente tem toda semana a reunião de equipe na nossa unidade. A gente traz os temas que os pacientes abordam lá na casa e divide com a equipe e vê qual é o melhor resultado para a gente está levando na casa. Tem a ajuda da enfermeira, da médica, de todos os outros profissionais nas reuniões (E2).

As informações a gente sempre tenta repassar aqui né, tanto nas nossas conversas aqui na unidade, com o pessoal da equipe mesmo e nas casas também né. Assim como a gente dá orientação, a gente sempre está recebendo uma grande informação assim deles né (E17/2).

Concepções sobre prevenção/orientação em saúde

A terceira categoria apresenta as concepções sobre prevenção/orientação em saúde, as ACS definiram através dos seus relatos prevenção como uma maneira de fornecer informações aos usuários a partir da sua capacitação com a equipe de saúde. As ACS procuram conhecer as doenças e orientar o uso correto de medicamentos através dos grupos de educação em saúde. Através desta capacitação elas também passam a orientar o acompanhamento com o médico.

As ACS sabem que para prevenção as informações são importantes, mas elas veem a necessidade de capacitações realizadas nas UBS com a sua equipe para melhorar a qualidade das informações transmitidas aos pacientes. Verifica-se esta realidade conforme fala a seguir:

A gente na realidade tem muita capacitação, muita conversa né. Muitas coisas que você chega na casa e não consegue resolver né, você conversa com o médico, com a enfermeira, ou até mesmo entre nós né, agentes de saúde, as vezes aconteceu uma coisa parecida, então você chega na casa, você consegue uma explicação melhor, né. Aí no momento você fala não dá explicação nenhuma, diz que não sabe, que vai ver como funciona e que vai na unidade. Você conversa com alguém e leva uma coisa mais certa para o paciente, né (E4).

Conhecimento acerca das doenças crônicas (DM/HAS)

Na categoria seguinte observou-se o conhecimento que as ACS tinham acerca das doenças crônicas, no caso DM e HAS. Através das suas entrevistas constatou-se que o seu conhecimento a respeito destas patologias variou entre o total desconhecimento até a citação dos tipos de DM. Nas definições das ACS, verifica-se que elas, a maioria, tem noção de que são doenças que necessitam de um acompanhamento de forma contínua, que são adquiridas por maus hábitos de vida e faz-se o uso contínuo de medicamentos.

Ressalte-se que as ACS apresentam um conhecimento incompleto para passarem orientações sobre a prevenção das doenças crônicas, conforme observado:

É, eu tenho muito na minha área, sobre, como hipertensão... hum... o que eu sei sobre isto, meu Deus? Hum... eu só oriento o meu povo a ter controle sobre ela né. Na alimentação, o sal, né, o que é de praxe... Explico a importância de tomar o remédio né... Que eles têm que fazer um controle. Vê se o remédio está ou não fazendo efeito (E2).

Hum... a diabete eu sei que é uma doença perigosa... mas não sei outra coisa... (risos) (E3).

Ai, diabete que tem tipo 1 e tipo 2 né, que tem que ser muito bem cuidado né, e na verdade é bem complicado cuidar do diabete né, porque tudo envolve, tudo envolve o que eles comem né, e sei lá... (E6).

Conhecimento acerca das informações em saúde

Na última categoria acerca das informações em saúde notou-se que as ACS utilizam os cadernos que são fornecidos como material de trabalho pela secretaria de saúde do município, para anotarem as informações coletadas. Estas informações são trazidas para a equipe principalmente as enfermeiras, por serem as profissionais responsáveis pelas ACS, para decidirem o destino destes dados. Algumas destas informações são usadas pelo NASF ou nas reuniões de equipe para serem analisadas nos matriciamentos ou para resolver as alterações que aparecem na comunidade ou com alguma família.

Percebe-se que a utilização das informações que as ACS coletam nas casas vai servir para o acompanhamento das pessoas com doenças crônicas como também para planejar ações de prevenção e promoção de saúde.

Neste contexto verificamos que as ACS, mesmo que tenham passado por capacitação dada pela Secretaria Municipal de Saúde e tendo material fornecido pelo Ministério da Saúde previsto em lei, realizam as suas funções com deficiências. Elas também têm um momento de educação permanente nas UBS, mas ele não supre por completo o conhecimento exigido para as ações de prevenção e promoção de saúde.

Eu trago sempre ao conhecimento da equipe. Ou numa reunião, ou direto conversando com o médico, profissional de saúde, ou na reunião de equipe (E15)

A gente pega as informações na casa, evolui no caderno ou as vezes fica gravado mesmo na memória e a gente traz para enfermeira, a gente pode usar tanto em matriciamento com o NASF, ou pode usar também nas nossas reuniões de equipe, conversando sobre paciente tal, o que é relacionado, qual o problema, acho que é isso (E23).

Grupo de Educação Permanente em Saúde: Concretizando a PCA

Aponta-se que nos itens que questionavam as atividades do grupo, da qualidade do conteúdo, a relevância do conteúdo e da aplicabilidade do conteúdo abordado no grupo, verificou-se que a maioria considerou pertinentes as atividades educacionais realizadas, conforme tabela a seguir.

Tabela 2: Avaliação das atividades de Educação Permanente em saúde (n=25*). Lages, 2017

Questões	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Você considera que os conteúdos abordados foram adequados às suas necessidades?			40%	60%
2. Você considera que as atividades de grupo foram úteis aos seus propósitos?	04%		40%	52%
3. Os conteúdos foram discutidos de forma clara e esclarecedora?			44%	56%
4. Os conteúdos apresentados acrescentaram conhecimentos que podem auxiliar em sua prática profissional?			28%	72%
5. O conteúdo teórico esteve relacionado com as situações práticas do cotidiano?		04%	40%	56%
6. Você considera que os recursos utilizados foram adequados às necessidades do grupo?			54,17 **	45,83**
7. Você considera que o grupo permitiu a participação,			48%	52%

discussão e expressão de ideias dos participantes?

8. Você considera que as atividades acrescentaram conhecimentos sobre o diabetes? 36% 64%

9. Você considera que as atividades acrescentaram conhecimentos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica? 36% 64%

10. Você considera que as atividades acrescentaram conhecimentos sobre promoção da saúde? 28% 72%

11. Você considera que as atividades acrescentaram conhecimentos sobre prevenção de doenças crônicas? 36% 64%

Fonte: dados primários.

* Esta avaliação ocorreu com a participação de 25 ACS das duas unidades, sendo que algumas entraram em férias e uma delas não pode participar da capacitação por motivo de luto na família.

** Uma das participantes rasurou sua resposta na questão 6, sendo excluída da apresentação dos percentuais. Nesta questão consideram-se 24 participantes.

Além destas também foi questionada a **pertinência das atividades** de grupo, sendo pontuada numa escala de zero a dez, sendo que quatro por cento atribuiu nota sete, 20% nota oito, 24% notas nove e 52% classificaram como nota dez. Quanto a **qualidade do conteúdo** quatro por cento atribuiu nota sete, 12% nota oito, 24% notas nove e 60% classificaram como nota dez. Quanto a **relevância do conteúdo**

abordado no grupo, quatro por cento atribuiu nota sete, 12% considerou como nota oito, 20% atribuiu nota nove e 64% considerou nota dez. Já com relação à **aplicabilidade do conteúdo abordado no grupo à sua prática profissional**, quatro por cento atribuiu nota sete, 16% nota oito, 24% notas nove e 56% atribuiu nota dez. A relevância da realização de atividades de educação permanente em saúde também restou evidenciada nas falas das participantes, conforme apresentado a seguir:

Nós precisamos estudar o conteúdo com mais afinco. Grupo excelente, tirando dúvidas e trazendo conhecimento aplicável (Q2).

Toda informação vem a contribuir para a prática de trabalho do dia a dia. É de extrema importância para que nós possamos desenvolver nossa função na equipe (Q6).

É muito relevante: Assuntos assim devem ser estendidos; minuciados. Como profissional o que fazer? Situações específicas, orientações aos pacientes e para nós mesmos profissionais da saúde. Parabéns pelo trabalho; aguardamos o próximo.....Obrigada! (Q9).

Gostei muito, pois acrescentou muito no meu conhecimento, pude esclarecer algumas dúvidas, espero que tenhamos mais momentos assim (Q13).

Devemos sempre estar nos atualizando e aprendendo mais, com materiais para estudos e esclarecimento das dúvidas. Acho bem importante (Q17).

Gostaria que continuasse acontecendo para a melhoria e qualidade do serviço em atenção básica e para o melhor trabalho das equipes e dos agentes comunitários (Q19).

Fico muito grata por vocês do grupo de educação permanente proporcionarem esse momento de aprendizado para gente. Esclarecendo todas as nossas dúvidas. Depois desta educação permanente tive mais facilidade de abordar e responder (orientar) sobre riscos e cuidados da HA/DIA aos meus pacientes.

Espero que tenhamos mais momentos como esses. Obrigado ao grupo de educação permanente (Q22).

Através das falas das ACS podemos verificar as mudanças que ocorreram nas suas práticas profissionais após a realização das capacitações.

DISCUSSÃO

A educação é um processo de mudança que proporciona ao indivíduo uma maior capacidade de aprendizagem e possibilita a aquisição de novas habilidades. Este instrumento educativo é um fator essencial de transformação da sociedade, pois providencia de maneira dinâmica mudanças sociais e culturais (RICALDONI; SENA, 2006).

Considerando a importância das DCNT e a educação como uma ação transformadora em saúde, oportuniza aos profissionais em saúde o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, que irá contribuir para elucidar a sua realidade, de trabalho proporcionando modificações para melhorar os cuidados em saúde do usuário de acordo com suas reais necessidades (FALKENBERG et al., 2014).

Para a implementação deste processo verifica-se que a EPS, como um conjunto de ações educativas que implica em reflexões do processo de trabalho em saúde, sendo uma estratégia que vem auxiliar na transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009).

A educação permanente em saúde, como uma prática baseada no diálogo e na troca de saberes favorece a compreensão do processo de

promoção da saúde e torna-se importante para a constante capacitação dos profissionais envolvidos em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade, principalmente em relação às DCNT. Através do acesso à informação pode-se orientar as pessoas quanto a responsabilidade de mudança dos seus hábitos de vida, quando ao cumprimento das necessidades terapêuticas e o adequado acompanhamento pela equipe de saúde (BRASIL, 2012b).

Assim, a Educação Permanente apresenta-se como uma estratégia que se destaca pela construção de um processo de ensino-aprendizagem e que leva à reflexão crítica do método de trabalho utilizado no cotidiano (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011). A EPS apresenta como base um processo de formação na área de saúde, partindo das necessidades de saúde dos pacientes e das dificuldades diárias que ocorrem no contexto da prática profissional (STROSCHEIN, ZOCHE, 2011; ARRUDA et al., 2008). Nesta perspectiva, a EPS, ao mesmo tempo em que permite discutir as ações do dia a dia de trabalho utilizando contribuições teóricas, metodológicas e científicas, também ajuda na construção de estratégias que os profissionais das equipes utilizam em atuações conjuntas, nas práticas organizacionais no setor de saúde e nas políticas em que estão inseridas as ações de saúde (CECCIM, 2005).

A EPS transformou-se em política pública no campo da saúde devido a divulgação da sugestão da Organização Pan-Americana de Saúde, em meados da década de 1980, que tinha como finalidade abranger o desenvolvimento dos programas de saúde, ponderando que um processo educativo expressivo é adequado para proporcionar a compreensão, adesão e a reflexão crítica dos profissionais da saúde

sobre o processo de transformação da sua rotina de trabalho, estimando a atuação interdisciplinar para a atuação frente à complexidade dos serviços (CECCIM, 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Brasil foi instituída através da Portaria nº 198/ GM/MS de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004). Em 20 de agosto de 2007 ocorreu a apresentação de novas estratégias e diretrizes levando a alterações da PNEPS com a portaria GM/MS nº 1996 (BRASIL, 2007c). A PNEPS ressalta a necessidade da construção, e desenvolvimento, de ações educativas na formação profissional e o aperfeiçoamento individual e coletivo dos profissionais da saúde para contribuir no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

A EPS criada pelo Ministério da Saúde apresenta-se como uma estratégia de modificação dos processos formativos para que estejam voltados para a reflexão sobre prática profissional, a troca de experiências, a reorganização dos serviços de saúde e o comprometimento da equipe com as necessidades do SUS, considerando que a grande dificuldade desse sistema se encontra na falta de qualificação de profissionais e consolidação dos processos formativos em saúde (OMURA et al., 2014).

Em 27 de fevereiro de 2014 com a portaria GM/MS N° 278 se institui diretrizes para implementação da PNEPS, no âmbito do MS (BRASIL, 2014c), para fortalecer estas ações foi aprovada a Portaria Interministerial nº 1127 de 4 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015), que: “Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da

integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Em seu artigo terceiro o COAPES apresenta os seguintes princípios;

I – formação de profissionais de saúde em consonância aos princípios e diretrizes do SUS e tendo como eixo a abordagem integral do processo de saúde-doença; [...] VII – integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde (BRASIL, 2015, p. 2).

Portanto ocorreu um reforço na ideia da prática de formação para qualificação dos profissionais de saúde. Com isto a EPS destaca-se como metodologia voltada para as necessidades dos serviços e dos profissionais da saúde, proporcionando a oportunidade de aprendizado através de discussão de casos, capacitações, palestras, cursos ou outros aspectos de instrução, de acordo com os objetivos do trabalho realizado, constituindo-se a forma de aprofundamento dos seus saberes, crescimento profissional e qualificação do atendimento (WEIGELT et al., 2015).

Apona-se que a EPS apresenta como desafio de estimular nos profissionais de saúde, entre eles as ACS, o desenvolvimento de uma consciência sobre a sua realidade de trabalho, e o despertar da responsabilidade em seu processo permanente de capacitação (RICALDONI; SENA, 2006). Porquanto quando o trabalhador está ciente do valor da educação no seu local de trabalho, este se torna mais eficiente em seu fazer cotidiano (WEIGELT et al., 2015; STROSCHEIN, ZOCCHÉ, 2011).

Deste modo, se observa a necessidade de avaliar as estratégias empregadas nos serviços de saúde para que a EPS possa ser um método sistematizado e participativo, utilizado em seu cotidiano profissional, no qual o pensar e o fazer são ferramentas relevantes na prática. Isto pode promover melhorias nos serviços de saúde, referente à qualidade do atendimento, levando a satisfação tanto dos profissionais como à dos usuários (RICALDONI, SENA, 2006; LINO et al., 2009; BALBINO et al., 2010; OMURA et al., 2014).

As estratégias de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de conhecimento científico baseado em evidências e de recomendações de mudanças de hábitos de vida (CZERESNIA, FREITAS, 2003; MENDES, 2012; SBD, 2014), sendo necessária a capacitação permanente dos ACS para que consigam desempenhar suas atribuições com qualidade. Aponta-se que os ACS atuam em ações educativas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde nas residências e nos grupos, com o objetivo de assegurar melhores orientações dos pacientes em relação a sua saúde (COSTA et al., 2013), apontando novamente para a necessidade de atenção quanto à adequação dos conteúdos que os mesmos estão trabalhando na comunidade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) também verificou a necessidade de qualificar os agentes de forma permanente, por isto organizou um guia com as informações acerca dos temas mais frequentes na rotina de trabalho das ACS. O “Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde” foi entregue para as ACS com a finalidade de contribuir para a melhora das suas práticas profissionais. Portanto este guia foi organizado para ajudar na elucidação de dúvidas nas VD,

apresentando na sua estrutura tópicos como: saúde da criança, do adolescente, atenção à pessoa com deficiência, saúde do adulto (doenças crônicas), entre outros temas (BRASIL, 2009b). Isto exige dos ACS um aprendizado contínuo através de uma educação permanente, para poderem estar capacitados a enfrentarem as dificuldades que são relacionadas às demandas de saúde apresentadas pelos pacientes nas VD (SANTOS et al., 2015).

As ACS relatam que, algumas vezes, trazem os problemas mais relevantes coletados nas VD para serem discutidos nas reuniões de equipe com a equipe multiprofissional. Com isto verifica-se a importância das reuniões, ou matriciamento, pois nestas ocasiões ocorre a troca de informações que propicia a construção de conhecimentos que irão auxiliar no modo como serão abordados os problemas identificados, levando a uma melhor abordagem dos pacientes. Porém, mesmo havendo o relato das ACS de que as reuniões mensais ocorrem para que se realize a educação permanente, verifica-se que a informação passada nas VD é deficiente e sua aplicação torna-se um motivo de preocupação. Através das entrevistas verificamos que elas têm noções básicas a respeito de doenças crônicas, mas que não caracterizam uma satisfatória ação de promoção e prevenção. Aponta-se que reuniões mensais nas unidades promovendo a abordagem de temas escolhidos e pertinentes à realidade vivenciada caracterizam a educação permanente (PERES et al., 2011), entretanto a questão que surge a respeito destas reuniões, é se realmente neste espaço ocorre a prática da educação permanente.

Neste sentido espera-se que possa ocorrer a compreensão, dos gestores, sobre a importância da necessidade de educação permanente em serviço, pois quando acontece uma troca de conhecimento podem

ocorrer modificações nas práticas habituais. Essas capacitações acabam tornando-se importantes instrumentos que irão possibilitar um melhor desempenho dos ACS e uma melhora na condição de saúde do paciente e da comunidade (SHIMIZU; REIS, 2011).

Por conseguinte, melhorar e fortalecer o conhecimento dos ACS nas suas atividades junto à comunidade torna-se importante para discutir a qualidade deste conhecimento que os ACS transmitem em suas ações de educação em saúde. Isto permite a reflexão no planejamento de estratégias que visem um aperfeiçoamento do processo de trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (COSTA et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou o conhecimento e atuação dos ACS na prevenção de doenças crônicas em adultos desenvolvidas numa cidade da Serra Catarinense, quando verificou-se que os ACS estavam repassando as informações a respeito de doenças crônicas para os usuários no transcurso das VD.

Esta análise mostra a importância da atuação das ACS como profissionais do SUS que ajudam na troca de conhecimento com a comunidade através das atividades desenvolvidas na ESF.

Os resultados nos mostram que conseguimos atingir os objetivos específicos propostos como avaliar o conhecimento dos ACS acerca da prevenção de doenças crônicas em adultos e sua aplicação durante as visitas domiciliares, desenvolvendo atividades de educação permanente em saúde e ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas.

Ao mesmo tempo os resultados apresentados também mostram que muitas das ações desenvolvidas nas VD, pelas ACS, se baseiam em um conhecimento deficiente e muitas vezes desconhecido por elas, mesmo que tenham atividades de educação permanente desenvolvidas nas UBS. Isto nos leva a um repensar se esta estratégia está sendo colocada em prática ou ocorre uma falta de preparo nas capacitações das ACS e no emprego das ações dos profissionais de saúde e inclusive na implementação da política de educação permanente.

Isto pode levar a um impacto negativo nas práticas de saúde na comunidade, pois as necessidades de saúde não são devidamente providas. Através de ações de capacitação, baseadas na realidade das ACS por meio de reuniões de educação permanente, pode se aguardar que os resultados obtidos podem ser modificados.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2014. **Diabetes Care**, supl.1, v.37. S14-S80. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 3.189**, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 out. 1999. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm>. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2009b. 260p.

_____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília. 2009a. 88p.

_____. _____. 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**. Brasília. 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf>. Acesso em: 17 junho 2012.

COSTA, S. M. et al. Community health worker: a core element of health actions. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 18. no.7. 2147-56p. 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ed. Editora Artmed. Porto Alegre. 296 p. 2010.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 39-53p. 2003.

DE OLIVEIRA GOMES, Karine et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2010.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, vol.19, n.3, pp.847-852.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(1):7-19, jan-mar 2012.

GIUGLIANI, C. et al. Agentes Comunitários de Saúde. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4.ed. Porto Alegre. Editora Artmed. 2014.

HARZHEIM, E.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4.ed. Porto Alegre. Editora Artmed. 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 6ª ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 10 fevereiro 2016.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v.16. no.1. 161-9p. 2014.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 22. no. 1. Brasília. Março 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 31 janeiro 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 512p. 2012.

NASSAR, S.M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. UFSC, Florianópolis. 2015. Disponível em: <<http://www.sestatnet.ufsc.br>>. Acesso em: janeiro 2009 a maio 2015.

RECKZIEGEL, J. C. L. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres**. 2014. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SANTANA, J. C. B. et al. Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde no planejamento das ações das estratégias da saúde da família: avanços e desafios. **Enfermagem Revista**. v. 18. no. 2. 2015.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. v. 16. 1023-1028p. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95. (1 supl.1). 1-51p. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Diabetes**: 2013-2014. São Paulo. 378p. 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente-Assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis. 144p. 2004.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e Sociedade**. v. 24. no. 1. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva. 162p. 2011.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ACS são elementos importantes na composição das equipes de ESF principalmente através da sua interação e conhecimento das necessidades da comunidade, isto aumenta a importância da inclusão destes trabalhadores nas ações educativas de promoção e prevenção da saúde.

Durante o transcorrer desta pesquisa verificou-se através dos relatos das ACS que as suas ações de promoção e prevenção da saúde praticadas nas suas VDs, em relação às DCNT, principalmente Diabete Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, eram desenvolvidas com um conhecimento prévio deficiente, o que tornava questionável se conseguiam atingir os objetivos destas medidas.

Mesmo considerando que a gestão municipal tem em sua programação a Educação Permanente de Saúde como atividade mensal prevista para as equipes de ESF, os resultados deste estudo apontam para a necessidade premente de ser realizado com efetividade e maior frequência. Também se destaca a necessidade de relacionar temas pertinentes à promoção de saúde vivenciados nas atividades profissionais, segundo a realidade de cada localidade. Esta necessidade emergiu das falas das participantes, que apontam que mesmo o gestor disponibilizando um período para a realização da educação permanente, uma vez por semana, não se efetiva a prática da educação, pois este período muitas vezes está sendo utilizado para outros fins e outras atividades. Portanto ocorre um desajuste no grau de conhecimento que é transmitido às ACS.

Tendo por objetivo melhorar os cuidados de saúde dos usuários portadores de DCNT, torna-se imperativo que as ACS, como agentes ativas nas práticas de prevenção e promoção da saúde, possam ter conhecimentos básicos prévios sobre as doenças e sobre sua comunidade. Estas ações têm como resultado melhorar as habilidades das ACS nestas práticas, garantindo que elas estejam aptas para o trabalho a ser desenvolvido na Atenção Básica. Isto levará as ACS a ter uma visão ampliada do que possa ser uma ação preventiva para os usuários portadores de DCNT, preparando-os para os autocuidados e auxiliando na mudança do seu estilo de vida.

A EPS como um instrumento fundamental pode contribuir no processo educativo e na transformação da prática das ACS e de outros profissionais de saúde, numa ação interdisciplinar. Tendo em vista que o trabalho desenvolvido no SUS é uma prática interdisciplinar, no dia a dia, o médico, como integrante da equipe, pode oferecer uma oportunidade de interação com as ACS e os outros profissionais, proporcionando uma visão completa do paciente, integralizada, e não médico centrada. Estas estratégias levam a qualificação e fortalecimento das ações do SUS.

Ressalte-se que as atividades desenvolvidas na pesquisa podem ser realizadas por qualquer membro atuante inserido no cenário profissional, com o intuito de verificar a efetividade das atividades educacionais previstas, através da EPS. Neste contexto o assunto fundamental a ser pensado é qual a forma de se avaliar as EPS e a melhor estratégia a ser empregada para o fortalecimento da atuação dos ACS.

Destaca-se que ações de EPS podem possibilitar o maior conhecimento a respeito de como se desenvolve o trabalho das ACS, e no aspecto social podem ampliar o conhecimento acerca das necessidades de saúde dos usuários, possibilitando ações mais efetivas do sistema de saúde como um todo.

Verificou-se a necessidade de que sejam desenvolvidas outras pesquisas em relação a utilização da EPS no ambiente de trabalho de equipes interdisciplinar, reconhecendo a importância do trabalho das ACS, como trabalhadores fundamentais na atenção básica e que podem ajudar a qualificar o trabalho da equipe.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2014. **Diabetes Care**, supl.1, v.37. S14-S80. 2014.

ARAÚJO, M.R.N.; ASSUNÇÃO, R.S. The practice of the community health agency in health promotion and disease prevention. **Rev Bras Enferm**, Brasília, vol.57 no.1, 9-25p. Jan./Feb. 2004.

ARRUDA, M. P. et al. Educação Permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Santa Catarina, 32 (4): 518–524p, 2008.

BALBINO, A.C. et al. Educação permanente com os auxiliares de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev Trab, Educ e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, jul.-out. 2010. 8(2):249-66. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a05v8n2.pdf> >. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

BALCAZAR, H. et al. Community health workers can be a public health force for change in the United States: Three actions for a new paradigm. **American Journal of Public Health**, v. 101 no. 12, 2199–2203p. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Congresso Nacional. Brasília. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº2. 203**. Norma Operacional Básica - SUS 01/1996. Brasília, 1996. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2203_14_02_2011.html>. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde. 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Cartas 1.** de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília. 11-8p. 1998.

BRASIL. **Decreto nº 3.189**, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 out. 1999. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm>. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. **Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília. Ministério da Saúde. 2001a. 104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília, Ministério da Saúde. 2001b. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Atenção Básica (PAB):** parte física/Ministério da Saúde. Brasília. 2001c. p. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília. 2002. p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde . Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Portaria nº 198 GM/MS**, de 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. 2004. Diário Oficial da União.

BRASIL. **Lei nº 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o 5º do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre o aproveitamento de

pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional n. 51, de 14 de fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF. 2006c.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde SUS. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde. 4. ed. Brasília, 2012a. p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648/06, de 28/03/2006.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 4º Edição. Brasília. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. 2007c. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2009b. 260p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília. 2009a. 88p.

BRASIL. **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2011. Casa Civil. Brasília. 2011a. Disponível em: <http://WWW.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2,488** de 21 de outubro de 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2011b. Ministério da Saúde.

BRASIL. 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**. Brasília. 2011c. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf>. Acesso em: 17 junho 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**/Ministério da Saúde. Brasília. 2012b.

BRASIL. 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. 2012a. 110p.

BRASIL. Lei Nº 12.994, de 17 de Junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis**. Portal da Saúde. Brasília. 2014b. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 13 Maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 278, de 27 de Fevereiro de 2014**. Brasília, 2014. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1.127, de 04 de Agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos

Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. nº 148, Seção 1, 193p. 2015. Ministério da Saúde.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2015 - Saúde Suplementar:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde, Brasília. 170p. 2017.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2016:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília. Ministério da Saúde. p.160. 2017.

CARDOSO, I. M. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, v. 21, no. suppl. 1. 18-28p. 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, no. 16. 161-168p. 2005.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10(4):975-986p. 2005.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Orgs.). **Educação Médica em transformação:** instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec. 346-390p. 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 14. no. 1. 41- 65p. 2004.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 17. no. 11. 2893-2902p. 2012.

COSTA, S. M. et al. Community health worker: a core element of health actions. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 18. no.7. 2147-56p. 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ed. Editora Artmed. Porto Alegre. 296 p. 2010.

CRESWELL, J. W. Seleção de um projeto de pesquisa. In: **Projeto de pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ed. Editora Artmed. 27-35p. 2010.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 39-53p. 2003.

DA SILVA, A. R. V. et al. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 10. no. 3. 2016.

DE OLIVEIRA GOMES, Karine et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2010.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, vol.19, n.3, pp.847-852.

FARZADFAR, F. et al. Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. **Lancet**. 47–54p. 2012.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília. v. 21. no. 1. 7-19p. 2012.

FUZZISSAKI, M. A.; CLAPIS, M. J.; BASTOS, M. A. R. Consolidação da política nacional de educação permanente: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**. ISSN: 1981-8963, v. 8. no. 4. 1011-1020p. 2014.

GIUGLIANI, C. **Agentes Comunitários de Saúde**: Efetividade no Brasil e Processo de Implantação em Angola. 2011. 243f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto alegre, RS. 2011.

GIUGLIANI, C. et al. Agentes Comunitários de Saúde. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4.ed. Porto Alegre. Editora Artmed. 2014.

GOMES, D. C. R. **Equipe de saúde: o desafio da integração**. Uberlândia. Editora da Universidade Federal de Uberlândia. 1997.

HARZHEIM, E.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4.ed. Porto Alegre. Editora Artmed. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Municipais**: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. IBGE. Rio de Janeiro. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Um Panorama da Saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. IBGE. Rio de Janeiro. 2008.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 6ª ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas>>. Acesso em: 10 fevereiro 2016.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v.16. no.1. 161-9p. 2014.

LEMOS, C. L. S. Ongoing Health Education in Brazil: education or ongoing management? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21. no. 3. 913-922p. 2016.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. "Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. educ. saúde**. vol. 12. no. 2. 425-441p. 2014.

LINO, M. M. et al. Permanent education in the public health services in Florianópolis, Santa Catarina. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 7. no. 1. 115-136p. 2009.

LIU, A. et al. Community health workers in global health: scale and scalability. **Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine**. v. 78. no. 3. 419-435p. 2011.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.14. suppl.1. 1463-1472p. 2009.

MACHADO, L. M. et al. Estratégia de saúde da família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. **Ciênc. Cuid. Saúde**. v.14. n.2. 1105-12p. 2015.

MAIA D, B. et al. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. **Saúde. & Transformação Social**. v. 4. no.1. 103-110p. 2013.

MALERBI, F. E. K. Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes na prática clínica: e-book**. 1ª ed. São Paulo. 2011. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/53-adesao-ao-tratamento-importancia-da-familia-e-intervencoes-comportamentais-em-diabetes>>.

MALTA, D. C. et al. "Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento". **Ciência & Saúde Coletiva**. 4341-4350p. 2014.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 22. no. 1. Brasília. Março 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 31 janeiro 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 512p. 2012.

MILECH, A. et. al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016).** Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo. 338p. 2016.

NASSAR, S.M. et al. **SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web.** UFSC, Florianópolis. 2015. Disponível em: <<http://www.sestatnet.ufsc.br>>. Acesso em: janeiro 2009 a maio 2015.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.** v. 13. no. 4. 28-34p. 2011.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 14 fevereiro 2016.

OMURA, J. B. et al. Educação permanente na Estratégia Saúde da Família: desafio dos processos formativos em saúde. **Colóquio Internacional de Educação e Seminário de Estratégias e Ações Multidisciplinares.** Joaçaba. 2014. 81-94p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGES. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação da atenção básica.** Lages. 2016.

RECKZIEGEL, J. C. L. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres.** 2014. 200 f. Tese (Doutorado em

Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RICALDONI, C. A. C; DE SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14. no. 6. 2006.

SANTANA, J. C. B. et al. Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde no planejamento das ações das estratégias da saúde da família: avanços e desafios. **Enfermagem Revista**. v. 18. no. 2. 2015.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. v. 16. 1023-1028p. 2011.

SANTOS, R. N. L. C. et al. Integralidade e Interdisciplinaridade na Formação de estudantes de Medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd.** v. 39. no. 3. 378-387p. 2015.

SILVA, A. R. V. et al. Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica. **Rev. RENE**, v. 10. no. 3, 146-151p. 2009.

SILVA, D.G.V. et al. Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. **Texto Contexto Enferm.** v.12. no.1. 97-103p. 2003.

SILVA, T. R et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde soc.** v.15. no.3. 180-189p. 2006.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.9. no.16. 91-104p. set.2004/fev.2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v. 95. (1 supl.1). 1-51p. 2010.

_____. I diretriz sobre aspectos específicos de diabetes (tipo 2) relacionados à cardiologia. **Arq Bras Cardiol.** v. 102 (5 Supl.1). 1-30p. 2014.

_____. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. Cardiologia.** v.107. no. 3. 11p. 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 28 fevereiro 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Diabetes:** 2013-2014. São Paulo. 378p. 2014.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Permanent education in health services: a study on the experience gained in Brazil. **Trabalho, Educação e Saúde.** v. 9. no. 3. 505-519p. 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente-Assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis. 144p. 2004.

VICTOR, J. F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.41. no.4. 724-730p. 2007.

VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde e Sociedade.** v. 24. no. 1. 2015.

WEIGELT, D. et al. A comunicação, a educação no processo de trabalho e o cuidado na rede pública de saúde do Rio Grande do Sul: cenários e desafios. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde.** v. 9. no. 3. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2010.** Geneva. 162p. 2011.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____
residente e domiciliado _____, portador
da Carteira de Identidade, RG (nº _____, nascido(a) em
____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade *em
participar como voluntário* da pesquisa **“CONHECIMENTOS E
ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA**

PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM ADULTOS DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES”

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. Trata-se de um projeto de Dissertação de Mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.
2. O estudo tem por objetivo: qualificar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas em adultos realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares pautados em atividades de educação permanente em saúde.
3. A pesquisa é importante de ser realizada para podermos identificar o conhecimento e como os agentes comunitários de saúde realizam ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas em adultos durante as suas visitas domiciliares. Também serão desenvolvidas atividades de educação permanente em saúde como estratégia para aprimorarmos a atuação dos agentes comunitários de saúde nas suas visitas domiciliares.
4. Participarão da pesquisa as (os) Agentes Comunitárias (os) de Saúde, maiores de 18 anos, que exercem o seu trabalho nas UBS dos bairros Tributo e Santa Helena. A amostragem conta com um total de 34 ACS, conforme os seguintes **critérios de inclusão**: Ser Agentes Comunitários de Saúde das Unidades Básicas de Saúde dos bairros Tributo e Santa Helena;_Estar no

exercício das suas funções; Desejar participar do estudo e assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como **critérios de exclusão** considera-se: Ser ACS de outras unidades básicas de saúde; Não estar exercendo a função de ACS; Estar em férias; afastadas por problemas de saúde ou aposentadas. Não aceitar o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.

5. Espera-se que a pesquisa possa contribuir, por meio da realização de atividades de educação permanente em saúde, para a qualificação das ações de promoção e prevenção de doenças crônicas em adultos realizadas por Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares.
6. Para conseguir os resultados desejados serão realizadas coletas de dados em três momentos, porém sempre no local de trabalho e em horário de trabalho dos participantes.
 - a. Inicialmente serão realizadas entrevistas individuais utilizando um roteiro com perguntas sociodemográficas como idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, tempo que reside na comunidade, tempo de serviço na atenção básica e tempo de serviço na unidade de saúde, além de questionamentos acerca de conhecimentos acerca das doenças crônicas e atuação para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas. Estas entrevistas serão marcadas conforme a disponibilidade dos participantes, ocorrendo no horário e local de trabalho das participantes. Terão o áudio gravado, com a utilização de gravador digital. Estima-se que tenham

duração de 20 a 60 minutos, conforme a necessidade de cada participante. Estes dados serão analisados e possibilitarão a formação de grupos de educação em saúde, os quais serão conduzidos de acordo com as informações que foram coletadas nas entrevistas individuais.

- b. Nos grupos de educação se utilizará do diálogo como método de condução do grupo, empregado como uma troca de informações sobre os saberes e sobre as ações do dia-a-dia, apontando as possibilidades de modificação da realidade. Serão formados dois grupos, um em cada unidade de saúde, que terão dois a quatro momentos de reunião, com duração prevista de uma a duas horas cada. O áudio do grupo será gravado e posteriormente analisado seguindo os passos de análise previstos na Pesquisa Convergente Assistencial.
 - c. Após será realizada aplicação de questionário individual com perguntas buscando identificar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde acerca das reuniões de grupo e dos impactos que causaram em seu dia-a-dia. Estima-se que esta etapa tenha a duração de 5 a 15 minutos, conforme a necessidade de cada participante.
7. Esta pesquisa respeitará as diretrizes e normas regulamentadoras para todos os aspectos éticos relacionados aos seres humanos observados na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto será encaminhado ao

comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Uniplac para ser analisado, sendo iniciada a coleta de dados somente após a aprovação. Assim, os participantes terão garantia a respeito da observância do direito a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

8. Devido ao exposto, a **pesquisa poderá apresentar riscos** psicológicos ou morais mínimos para os entrevistados, principalmente pela possibilidade de causar constrangimento, devido a algum deles não saber responder as questões apresentadas ou por não possuírem os conhecimentos necessários para a compreensão do tema da pesquisa. Diante disso, será oferecido amplo apoio profissional dos próprios pesquisadores do estudo, além do apoio formal das Unidades de Saúde e com a rede de atenção básica para a realização de eventuais atendimentos. Destaca-se que os pesquisadores se responsabilizam pelo encaminhamento dos participantes aos serviços de saúde, caso ocorra a necessidade.
9. A pesquisa é importante de ser realizada, pois os participantes do estudo serão diretamente beneficiados com a participação das atividades de educação permanente em saúde, que serão elaboradas pelos pesquisadores, que possuem amplo conhecimento e experiência com a temática. As ações de educação permanente serão elaboradas com vistas a sanar dificuldades dos participantes, tendo o intuito de qualificar duas ações de promoção e prevenção de doenças crônicas em adultos realizadas durante as visitas domiciliares. Como benefício secundário, aponta-se para a possível melhoria da qualidade da atenção em saúde da população realizada por estes ACS. A

pesquisa também contribui para a ampliação dos conhecimentos na área e para a qualificação das atividades realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

10. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel – julianalessmann@gmail.com (48) 91673838 ou o mestrando Julio Cesar de Castro Ozório – jcozorio@uol.com.br (49) 99730270.
11. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
12. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.
13. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa que estarão disponíveis na biblioteca da UNIPLAC, na versão final da dissertação de mestrado de Julio Cesar de Castro Ozorio.
14. Declaro que todos os custos para a realização desta pesquisa ficarão por conta das pesquisadoras, sendo assim, não receberei o ressarcimento. Bem como, não receberei nenhum tipo de indenização caso em venha ter algum prejuízo decorrente da realização desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado,

consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, _____ de _____ de 2016.

(Assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Assinatura Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Assinatura Julio César de Castro Ozorio

Endereço institucional para Contato:

UNIPLAC - Universidade do Planalto Catarinense

Setor: Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 – Bloco I - Sala 1226.

Bairro Universitário

Cep: 88.509-900, Lages-SC

(49) 3251- 1143

Comitê de Ética em Pesquisa UNIPLAC

(49) 3251-1086

Email: cep@uniplaclages.edu.br e cepuniplac@gmail.com

APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista semiestruturada da primeira etapa da coleta de dados.**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Idade _____;

Sexo: _____ ;

Escolaridade: _____

Estado Civil: _____

Tempo que reside da comunidade: _____

Tempo de serviço na atenção básica: _____,

Tempo de serviço nesta unidade de saúde: _____

Questões:

- Como você entende a visita domiciliar?
- O que você faz em suas visitas domiciliares enfocando a prevenção de doenças crônicas?
- Qual a sua participação junto à equipe de saúde para prevenir as doenças crônicas?
- O que você sabe sobre o Diabetes Mellitus?
- O que você sabe sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica?
- Que tipo de acompanhamento você realiza quando sabe que um usuário possui alguma doença crônica?
- Qual o destino que você dá para as informações que recolhe na comunidade?

APÊNDICE C: Questionário estruturado para a terceira etapa da coleta de dados



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Olá, estamos convidando você para avaliar as atividades de grupo de educação permanente em saúde e sua contribuição é extremamente importante. Para tal, responda as questões a seguir.

Observe a escala a seguir e escolha a melhor opção para cada questão considerando que:

- 0: Não sei**
- 1: Discordo Totalmente**
- 2: Discordo**
- 3: Não concordo, nem discordo**
- 4: Concordo**
- 5: Concordo totalmente**

Questões	0	1	2	3	4	5
1. Você considera que os conteúdos abordados foram adequados às suas necessidades?						
2. Você considera que as atividades de grupo foram úteis aos seus propósitos?						
3. Os conteúdos foram discutidos de forma clara						

e esclarecedora?					
4. Os conteúdos apresentados acrescentaram conhecimentos que podem auxiliar em sua prática profissional?					
5. O conteúdo teórico esteve relacionado com as situações práticas do cotidiano?					
6. Você considera que os recursos utilizados foram adequados às necessidades do grupo?					
7. Você considera que o grupo permitiu a participação, discussão e expressão de ideias dos participantes?					
8. Você considera que as atividades acrescentaram conhecimentos sobre o diabetes?					
9. Você considera que as atividades acrescentaram conhecimentos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica?					
10. Você considera que as atividades acrescentaram conhecimentos sobre promoção da saúde?					
11. Você considera que as atividades acrescentaram conhecimentos sobre prevenção de doenças crônicas?					

Numa escala de **0 a 10**, considerando que 0 é a menor nota e 10 a maior, em sua avaliação:

Qual a nota pertinente para **as atividades de grupo**? _____

Qual a nota pertinente para a **qualidade do conteúdo** abordado no grupo? _____

Qual a nota pertinente para a **relevância do conteúdo** abordado no grupo? _____

Qual a nota pertinente para a **aplicabilidade do conteúdo abordado no grupo à sua prática profissional**? _____

Utilize o espaço a seguir para complementar sua avaliação sobre o Grupo de Educação Permanente:

Agradecemos pela colaboração!

ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimentos e atuação dos agentes comunitários de saúde na prevenção de doenças crônicas em adultos.

Pesquisador: Juliana Lessmann Reckziegel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57734116.8.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.637.208

Apresentação do Projeto:

Boa apresentação do projeto, está bem claro.

Sugestão: Revisar a hipótese: os dois últimos itens estão idênticos.

Objetivo da Pesquisa:

Está bem claro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atende resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atende resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: O item 8 precisa ser modificado. Retirar o texto: "principalmente pela possibilidade de causar constrangimento, devido a algum deles não saber responder as questões apresentadas ou por não possuírem os conhecimentos necessários para a compreensão do tema da pesquisa". A presença desta frase pode causar constrangimento.

TCLE: item 9, substituir palavra duas por suas.

Como sugestão: sintetizar um pouco mais o TCLE, sem excluir os itens necessários, porém é possível otimizar para não ficar muito extenso durante a apresentação para os participantes

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-800

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplacages.edu.br

Continuação do Parecer: 1.637.208

assinarem.

Recomendações:

Alterações no TCLE: O item 8 precisa ser modificado. Retirar o texto: "principalmente pela possibilidade de causar constrangimento, devido a algum deles não saber responder as questões apresentadas ou por não possuírem os conhecimentos necessários para a compreensão do tema da pesquisa". A presença desta frase pode causar constrangimento.

TCLE: Item 9, substituir palavra duas por suas.

Como sugestão: sintetizar um pouco mais o TCLE, sem excluir os itens necessários, porém é possível otimizar para não ficar muito extenso durante a apresentação para os participantes assinarem.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa atende os aspectos éticos previstos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Porém no item 8 do TCLE deverá ser alterado. Sugiro substituir por: Devido ao exposto, a pesquisa poderá apresentar riscos psicológicos ou morais mínimos para os entrevistados, porém, se ocorrer será oferecido amplo apoio profissional dos próprios pesquisadores do estudo, além do apoio formal das Unidades de Saúde e com a rede de atenção básica para a realização de eventuais atendimentos. Destaca-se que os pesquisadores se responsabilizam pelo encaminhamento dos participantes aos serviços de saúde, caso ocorra a necessidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e premissões, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@unipladages.edu.br

Continuação do Parecer: 1.637.208

publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_739779.pdf	08/07/2016 10:53:37		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	08/07/2016 10:51:38	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_intituicoes.pdf	08/07/2016 10:51:03	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	08/07/2016 10:50:45	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ACS_mestrado_final.pdf	08/07/2016 10:42:16	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	Apendice_3_questionario.pdf	08/07/2016 10:41:57	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	Apendice_2_roteiro_entrevista.pdf	08/07/2016 10:41:35	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/07/2016 10:40:03	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	08/07/2016 10:39:48	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	08/07/2016 10:38:52	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 15 de Julho de 2016

 Assinado por:
 Odila Maria Waldrich
 (Coordenador)

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226
 Bairro: Universitário CEP: 88.509-900
 UF: SC Município: LAGES
 Telefone: (48)3251-1086 E-mail: cep@unipladages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 1.637.208

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário CEP: 88.509-900

UF: SC Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1086

E-mail: cep@uniplacages.edu.br

