

FABIANA MEDEIROS BRANCO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE AO ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS**

Dissertação de Mestrado vinculada ao Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.

Orientadora: Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Coorientadora: Dra. Vanessa Valgas dos Santos

Linha de pesquisa: Ambiente, Sociedade e Saúde

LAGES

2020

Ficha Catalográfica

B816c Branco, Fabiana Medeiros.
Construção e validação de protocolo para atuação do agente comunitário de saúde ao adulto com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus/ Fabiana Medeiros Branco– Lages, SC, 2020.
92 p.
Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.
Orientadora: Juiana C. L. Reckziegel
Coorientadora: Vanessa V. dos Santos

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Doenças Crônicas. 3. Protocolo. I. Reckziegel, Juliana Cristina Lessmann. II. Santos, Vanessa Valgas dos. III. Título.

CDD 616.044

Catálogo na Fonte: Biblioteca Central

Fabiana Medeiros Branco

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE AO ADULTO COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 26 de maio de 2020.

Banca Examinadora:

Participação remota – Instrução normativa 04/PPGAS/2020

Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel – Licença Gestão
(Orientadora)

Profa. Dra. Vanessa Valgas dos Santos
(Coorientadora e Presidente da Banca Examinadora – PPGAS/UNIPLAC)

Profa. Dra. Maria Aparecida Salci
(Examinadora Titular Externa – UEM)

Profa. Dra. Mareli Eliane Graupe
(Examinadora Titular Interna - PPGAS/UNIPLAC)



AGRADECIMENTOS

À Deus por me guiar durante todo o caminho, por me guiar nos momentos de angústias e ansiedade.

Agradeço aos meus pais Agilda e Afonso e aos meus irmãos Luiz e Matheus, pelo apoio durante todo esse processo, e por compreender os momentos de ausência. Em especial a minha mãe que nunca mediu esforços para me ajudar e sempre me apoiando em tudo que precisei e por sempre fazer tudo por mim.

Aos meus amigos pelo apoio e preocupação, as vezes me arrastando para sair de casa com a justificativa de que a vida não é só estudar e trabalhar. Vocês garantiram que mantivesse minha saúde mental.

À minha orientadora, Professora Doutora Juliana Cristina Lessmann Reckziegel, por acreditar em mim e por me dar autonomia para desenvolver este trabalho, sempre me apoiando e auxiliando durante todo o processo.

À todas as professoras do programa PPGAS por contribuir nessa jornada, por todo aprendizado. À Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC pela oportunidade de realizar este curso e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina – FAPESC (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio ao grupo de pesquisa.

Aos participantes da pesquisa, Agentes comunitários de Saúde e juízes especialistas, por aceitarem participar da pesquisa e pelas sugestões propostas, o objetivo sempre foi produzir um material de apoio para estes profissionais.

Cabe aqui um agradecimento a Secretaria Municipal da Saúde por apoiar o desenvolvimento da pesquisa, a Prefeitura do Município de Lages pela concessão da bolsa de estudo, em contrapartida, fica como produto deste trabalho o protocolo para que seja amplamente divulgado entres os profissionais da Atenção Primária.

A todos que, de alguma forma, contribuíram e participaram da realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos. Feliz por mais esta conquista, um objetivo que há muito tempo foi traçado e que representa uma vitória além de uma realização pessoal, também enquanto enfermeira e docente.

Gratidão!

BRANCO, Fabiana Medeiros. **Construção e validação de protocolo para do agente comunitário de saúde ao adulto com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.** 2020, 92 f. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Saúde). Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde – PPGAS da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, Lages, 2020.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar e validar um protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. As Doenças Crônicas não Transmissíveis representam a maioria das causas de morbimortalidade no Brasil, sendo que Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são as doenças mais prevalentes. As pessoas com doenças crônicas geralmente são os maiores frequentadores da Unidade Básica de Saúde, e por isso que é na Atenção Primária à Saúde que deve ocorrer o envolvimento da equipe multidisciplinar para o atendimento desta população. O Agente Comunitário de Saúde já trabalha com a adstrição de indivíduos e famílias, e cadastra todas as pessoas de sua área e assim é capaz de reconhecer prioridades e realizar junto as equipes o planejamento das ações com foco na Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. O Ministério da Saúde recomenda o uso de protocolos que possibilitem ao profissional atuar em cada situação com maior segurança e embasamento. O Agente Comunitário de Saúde na maioria das vezes utiliza os saberes do senso comum e de sua própria experiência para apoiar as diversas dimensões esperadas de seu trabalho. Frente a este cenário considera-se importante a criação de instrumentos de apoio às equipes de saúde, pensando na organização das redes de atenção, no cuidado integral, incluindo a qualificação de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Este estudo tem como pergunta de pesquisa: como a elaboração e validação de um protocolo pode contribuir com a atuação do Agente Comunitário de Saúde no atendimento ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus? A construção deste estudo aconteceu em dois momentos, primeiro momento ocorreu por meio de pesquisa quantitativa junto ao Agente Comunitário de Saúde, e o segundo momento etapa metodológica, que teve como produto o protocolo. Os resultados e discussões foram apresentados no formato de dois manuscritos. O primeiro intitulado *Avaliação da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde*, estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado com 230 Agentes Comunitários de Saúde. O estudo permitiu evidenciar potencialidades para a atuação da profissão de Agente Comunitário de Saúde como a elevada escolaridade, o cumprimento do número de visitas às famílias acompanhadas, o maior tempo de atuação como profissão de Agente Comunitário de Saúde e que eles se consideram profissionais da saúde. Porém, lacunas foram evidenciadas, principalmente relacionadas a prática de atividades para promoção da saúde, e a necessidade de protocolos para atuação. O segundo manuscrito intitulado *Protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus*, estudo desenvolvido por meio de quatro etapas: 1. elaboração e submissão do projeto de pesquisa com os Agentes Comunitários de Saúde ao Comitê de Ética e Pesquisa 2. levantamento bibliográfico; 3. elaboração do protocolo 4. validação do protocolo por especialistas no assunto e representantes do público-alvo. A avaliação do protocolo de forma geral foi positiva, o Índice de Avaliação de Conteúdo tanto dos juízes especialistas quanto dos representantes do público-alvo foi além do mínimo recomendado em todos os 35 itens avaliados. Criar o protocolo teve como propósito facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus no processo de tratamento e autocuidado.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Protocolo. Doenças Crônicas não transmissíveis. Atenção Primária à Saúde.

BRANCO, Fabiana Medeiros. **Construction and validation of a protocol from the community health agent to the adult with systemic arterial hypertension and/or diabetes mellitus**. 2020, 92 f. Dissertation (Master in Environment and Health). Post-Graduate Program in Environment and Health - PPGAS of the University of Planalto Catarinense - UNIPLAC, Lages, 2020.

ABSTRACT

This study aimed to elaborate and validate a protocol for the action of the Community Health Agent in the attention to the adult with Systemic Arterial Hypertension and/or Diabetes Mellitus. Chronic Non Transmissible Diseases represent the majority of the causes of morbidity and mortality in Brazil, and Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus are the most prevalent diseases. People with chronic diseases are usually the most frequent of the Basic Health Unit, and that is why it is in Primary Health Care that the involvement of the multidisciplinary team for the care of this population should occur. The Community Health Agent already works with the registration of individuals and families, and registers all the people in his area and thus is able to recognize priorities and carry out with the teams the planning of actions focused on Systemic Arterial Hypertension and/or Diabetes Mellitus. The Ministry of Health recommends the use of protocols that allow the professional to act in each situation with greater security and basis. The Community Health Agent most of the time uses the knowledge of common sense and his/her own experience to support the several expected dimensions of his/her work. Given this scenario, it is considered important to create support instruments for health teams, thinking about the organization of care networks, integral care, including the qualification of health promotion and disease prevention actions. This study has as research question: how the elaboration and validation of a protocol can contribute to the action of the Community Health Agent in the care of adults with Systemic Arterial Hypertension and/or Diabetes Mellitus? The construction of this study took place in two moments, the first moment occurred through quantitative research with the Community Health Agent, and the second moment methodological, which had as product the protocol. The results and discussions were presented in the format of two manuscripts. The first entitled Evaluation of the performance of Community Health Agents, a descriptive study of quantitative approach, conducted with 230 Community Health Agents. The study allowed evidencing potentialities for the profession of Community Health Agent work, such as high schooling, fulfillment of the number of visits to the families accompanied, longer time of work as a profession of Community Health Agent and that they consider themselves health professionals. However, gaps were highlighted, mainly related to the practice of activities for health promotion, and the need for protocols for action. The second manuscript entitled Protocol for the action of the Community Health Agent to the adult with Systemic Arterial Hypertension and/or Diabetes mellitus, a study developed through four stages: 1. elaboration and submission of the research project with the Community Health Agents to the Ethics and Research Committee 2. Bibliographic survey; 3. Elaboration of the protocol 4. Validation of the protocol by specialists in the subject and representatives of the target audience. The protocol evaluation was generally positive, the Content Evaluation Index of both expert judges and representatives of the target audience was beyond the recommended minimum in all 35 items evaluated. Creating the protocol was intended to facilitate the work of the multidisciplinary team in guiding adults with systemic arterial hypertension and/or diabetes mellitus in the treatment process and self-care.

Keywords: Community Health Agent. Diabetes Mellitus. Systemic Hypertension. Protocol. Chronic non transmissible diseases. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadro 01: Seleção das publicações encontradas no primeiro levantamento bibliográfico conforme descrição. Lages, 2020.	28
---	----

Manuscrito 01

Tabela 01: Informações sócio demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde. Lages, 2018.	38
Tabela 02: Atuação de ACS. Lages, 2018.	39
Tabela 03: Conhecimentos de ACS. Lages, 2018.	39

Manuscrito 02

Quadro 01: Seleção das publicações encontradas no primeiro levantamento bibliográfico conforme descrição. Lages, 2019.	49
Quadro 02: Seleção das publicações encontradas no segundo levantamento bibliográfico conforme descrição. Lages, 2019.	49
Quadro 03: Sugestões apontadas pelos juízes especialistas e modificações realizadas no protocolo. Lages, 2019.	54
Quadro 04: Sugestões apontadas pelos ACS e modificações realizadas no protocolo. Lages, 2019.	56
Quadro 05: Descrição das atribuições do ACS com justificativa.	60
Quadro 06: Ações para execução do ACS com justificativa	62
Figura 01: Representação gráfica do IVC dos juízes especialistas. Lages, 2019.	53
Figura 02: Representação gráfica do IVC dos ACS. Lages, 2019.	56

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	American Diabetes Association
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAP	Diretoria de Atenção Primária
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doenças Cardiovasculares
DIVE	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense
IVCES	Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA.....	16
2. OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	18
3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, COM ÊNFASE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.....	21
3.2.1 Atuação dos ACS no atendimento ao adulto com HAS e /ou DM	22
3.2.2 Relação entre HAS e DM, estratégias para prevenção e controle	24
3.3 PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA OS ACS.....	27
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	30
4.1 LOCAL DE ESTUDO	30
4.2 ETAPA 1: PESQUISA COM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	31
4.2.1 Participantes da pesquisa.....	31
4.2.2 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....	31
4.2.3 Coleta de dados.....	32
4.2.4. Análise de dados	32
4.3 ETAPA 2: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO	32
4.3.1 Elaboração e validação de protocolo.....	32
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
5.1 MANUSCRITO 01	35
5.2 MANUSCRITO 02	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A – Questionário para pesquisa com Agente Comunitário de Saúde.....	81
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pesquisa com o Agente Comunitário de Saúde.....	85
APÊNDICE C – Instrumento para validação do protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica /ou Diabetes Mellitus.	87

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – etapa de validação do protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.....	91
---	----

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) representam a maioria das causas de morbimortalidade no Brasil, além de gerar impacto econômico importante devido as mortes prematuras, incapacidades e perda da qualidade de vida geradas por estas doenças (MALTA; SILVA, 2018). Segundo a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) (2017), as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e respiratórias crônicas estão entre as quatro doenças de maior impacto mundial. As pessoas de baixa renda são as mais afetadas pelas DCNT, tendo relação direta com fatores de risco modificáveis como sedentarismo, alimentação com alto teor calórico, excesso de peso, o uso do tabaco e do álcool (MALTA; SILVA, 2018).

No Brasil as DCNT representaram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes (DIVE, 2017). Têm como característica a ocorrência de causas multifatoriais, ser de longa duração, ter relação com determinantes biológicos e socioculturais (BRASIL, 2017). O Ministério da Saúde (MS) preconiza atenção às pessoas com condições crônicas de acordo com avaliação de risco/vulnerabilidade (BRASIL, 2017).

As pessoas com doenças crônicas geralmente são frequentadores da Unidade Básica de Saúde (UBS), em busca da renovação de receitas, para consulta de acompanhamento, verificação de sinais vitais e outras medidas biológicas, ou em atendimento quando da agudização de sua condição crônica, entre outros motivos (BRASIL, 2014). Considerando estes elementos, o MS recomenda o uso de protocolos que possibilitem ao profissional atuar em cada situação com maior segurança e embasamento (BRASIL, 2014). Ao utilizar protocolos se permite um maior controle das atividades, otimizando recursos além de qualificar a atenção à saúde (DE SENA, 2018).

Na Atenção Primária à Saúde (APS) ocorre o envolvimento da equipe multidisciplinar para o atendimento da população, sendo prioritária as ações voltadas para a atenção às pessoas com DCNT, considerando seu impacto na saúde das populações (BRASIL, 2014). Dentre os profissionais que compõe a equipe está o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que trabalha com a adstrição de indivíduos e famílias, cadastra todas as pessoas de sua área e assim é capaz de reconhecer prioridades e realizar junto as equipes o planejamento das ações com foco em Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), doenças mais prevalentes no panorama das DCNT (BRASIL, 2017). As diretrizes do MS enfatizam a importância de envolver o ACS no planejamento e na implementação da assistência (BRASIL, 2013a), sendo que se preconiza que este profissional seja capaz de identificar casos suspeitos de DCNT, dentre

outras condições de saúde, e encaminhar os usuários para a UBS de referência (BRASIL, 2017). Além disto, espera-se que este profissional tenha conhecimentos acerca da rede assistencial para ser capaz de orientar as pessoas quanto aos serviços disponíveis (BRASIL, 2017).

O que se constata nas equipes de APS é que ainda existe a relação de hierarquia de conhecimento, onde teoricamente aquele que possui maior nível de escolaridade é capaz de exercer a profissão com maior reconhecimento (SOUSA; SANTOS; MENDONCA, 2018). Neste cenário o ACS se percebe como o profissional que detém menos poder, e se sente menos preparado para exercer papel de promotor, por isso é imprescindível a interação e maior integração da equipe a fim de valorizar os saberes de cada profissional (SOUSA; SANTOS; MENDONCA, 2018).

É reconhecido através das buscas na literatura (BRASIL, 2013b; Brasil 2015; ALESSI, *et al.* 2013) o número crescente de pessoas portadoras de HAS e/ou DM, e quanto equipe de saúde percebe dificuldades na atuação do ACS frente a estes pacientes, o que pode ser justificado pela fragilidade na realização de educação permanente nesta área, bem como inexistência de material de apoio específico para atuação dos ACS. Os ACS, na maioria das vezes, utilizam os saberes do senso comum e de sua própria experiência para apoiar as diversas dimensões esperadas de seu trabalho (COELHO; VASCONCELLOS; DIAS, 2018).

Frente a este cenário considera-se importante a criação de instrumentos de apoio às equipes de saúde, pensando na organização das redes de atenção, no cuidado integral, incluindo a qualificação de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças (BRASIL, 2014). Nesta perspectiva, a criação de um protocolo de atuação para os ACS pode colaborar para a qualificação de sua atuação, bem como dar apoio às equipes no planejamento de ações de orientações e cuidado ao adulto com HAS e/ou DM.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Como a elaboração e a validação de um protocolo pode contribuir com a atuação do Agente Comunitário de Saúde no atendimento ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar e validar um protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde;
- Identificar os principais problemas evidenciados pelo Agente Comunitário de Saúde na atenção ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus;
- Elaborar uma proposta de protocolo de atuação do Agente Comunitário de Saúde ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus;
- Validar protocolo com juízes especialistas na área e público-alvo (Agente Comunitário de Saúde);

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária, reconhecida como a principal porta de entrada do sistema de saúde, se desenvolve por meio de ações individuais e coletivas envolvendo promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, através de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, tendo como estratégia prioritária para sua efetivação o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017). O trabalho na APS se dá através de equipe multiprofissional, composta minimamente por: Médico, Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem e ACS (BRASIL, 2017).

Os serviços de saúde têm por finalidade garantir acesso e qualidade às pessoas e, nesta lógica, a APS tem como atribuição reconhecer as necessidades em saúde e organizar a rede assistencial. Um grande desafio para as equipes da APS é garantir a qualidade da atenção em saúde às pessoas com DCNT devido ao número crescente de novos casos, a ampliação do tempo de vida com a doença e crescentes comorbidades associadas (BRASIL, 2014).

As DCNT matam quase 41 milhões de pessoas a cada ano, em sua maioria com menos de 70 anos, responsável por 67% das mortes em países de renda baixa e média, sendo que apenas 1% do financiamento global da saúde é dedicado à prevenção e ao tratamento de DCNT (WHO, 2018).

No contexto da APS o médico e o enfermeiro realizam grande parte do acompanhamento em consulta individual, entretanto as informações trazidas pelos ACS, bem como as orientações por eles prestadas são relevantes para aperfeiçoar-se a avaliação do risco/vulnerabilidade (BRASIL, 2013a). Na busca pela interdisciplinaridade se faz necessário superar práticas fragmentadas entre profissionais da APS uma vez que a fragmentação acarreta a descontinuidade dos processos de trabalho, influenciando negativamente na atenção à saúde (FONTOURA *et al.*, 2014).

Na equipe da ESF o ACS possui papel fundamental na equipe, pois servem de elo com a comunidade, uma vez que estabelecem troca de informações e colaboram na interação entre comunidade e equipe (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013). O seu trabalho é complexo, uma vez que o espaço onde vivem é o mesmo em que atuam, portanto apresentam diversas particularidades, muitas vezes potencializadas por dificuldades vinculadas ao fazer profissional,

ou pelo fato de que vivenciam a realidade do bairro onde residem e trabalham (LOPES, *at al.*, 2012).

A atuação dos ACS teve início no final da década de 80, porém oficialmente em 1991, o MS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2000), profissionais ainda sem escolaridade definida, não vinculados a uma equipe de saúde atuando sob supervisão dos enfermeiros (DE BARROS *et al.*, 2010).

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) com objetivo de reorganizar a Atenção Básica (AB) em substituição ao modelo tradicional, hoje Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2000). Somente em 1997 que foi estabelecida a base legal para a profissão de ACS, suas atribuições foram publicadas em um documento normativo, e em 1999 foram definidas as diretrizes para o exercício das atividades, em 2002 foi oficialmente criada a profissão de ACS por meio da lei nº 10.507, e em 2006 foi editado medida provisória através da lei nº 11.350, que regulamentava as atividades do ACS (DE BARROS *et al.*, 2010).

Atualmente o que se tem de legislação para amparar o profissional ACS é a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017), que determina suas atribuições, e a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, que dispõe “sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2018).

Seguindo as orientações da Lei nº 13.595/2018, quanto à formação profissional, hoje para o ACS é exigido ensino médio completo e também precisa passar por curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas, porém, não será exigido do ACS a conclusão de: “I - ensino fundamental, se estava exercendo as atividades em 5 de outubro de 2006; II - ensino médio, se estiver exercendo as atividades na data de publicação desta Lei” (BRASIL, 2018).

Enquanto integrante da equipe de saúde a atuação do ACS acontece por meio de atividades para promoção da saúde e prevenção de doenças em visitas domiciliares, na unidade de saúde ou nos demais espaços da comunidade, podendo acontecer durante atividades coletivas ou atendimento individual (BRASIL, 2017). Existe aí um contraponto, tendo em vista que a PNAB passou por revisão em 2017, e traz a possibilidade do ACS, após formação específica e respeitada autorização legal, realizar no domicílio procedimentos como curativos simples, verificar a pressão arterial (PA) e a glicemia capilar, atividade esta que deverá ser realizada sob a supervisão de um profissional de saúde de nível superior (BRASIL, 2017).

Porém os próprios ACS consideram sua formação profissional insuficiente, e frente a este cenário que em 2015 o MS lançou a Portaria 253, que estabeleceu o curso introdutório de ACS, padronizou as horas mínimas de trabalho para esse treinamento e definiu os componentes curriculares básicos (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

A formação profissional insuficiente, materiais de apoio frágeis com relação a aspectos teóricos e práticos também são fatores que geram descontentamento no trabalho (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018). Além disso, é reconhecido pelo ACS que as situações relacionadas ao desconhecimento de suas funções resultam em sofrimento no trabalho (LOPES, et al, 2012).

No cenário brasileiro o envelhecimento populacional é um fenômeno crescente, em 2018 o percentual da população com 65 anos ou mais de idade era de 9,2% (19,2 milhões), estima-se que em 2060, esse percentual chegará a 25,5% (58,2 milhões de idosos), representando um quarto da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2018).

Porém, apesar dos avanços em termos legislativos, as políticas públicas não conseguiram acompanhar as necessidades dessa população em envelhecimento atendendo todas as necessidades de saúde deste grupo etário, uma vez que junto com a maior expectativa de vida existe o aumento crescente das DCNT (WENDT, 2015). As DCNT estão diretamente relacionadas ao envelhecimento da população e associado aos fatores de risco como: fumo, inatividade física, sobrepeso e má alimentação (BRASIL, 2014).

Sendo assim, a DCNT constitui um problema de saúde pública e é considerado um desafio a ser enfrentado por todo o mundo, uma vez que o sofrimento e a incapacidade causada pela DCNT é inaceitável, já que a maioria dessas doenças é evitável, e que a informação é uma das estratégias prioritárias (WHO, 2018).

Neste cenário em que a população idosa vem crescendo, associada às profundas transformações sociais, é que se reafirma a necessidade de fortalecer políticas públicas, e a ESF no contexto da APS, tendo em sua base a atuação da equipe multiprofissional, uma estratégia importante nos serviços de saúde, já que prioriza as ações a toda população de forma contínua e integral (WENDT, 2015).

Destaca-se então a necessidade de o ACS estar munido de conhecimento e considerar que deve ter atenção especial ao adulto com HAS e DM, uma vez que estes grupos estão vulneráveis às principais causas de mortalidade (BRASIL, 2015).

3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, COM ÊNFASE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

As DCNT têm como característica etiologia associada a múltiplos fatores de risco, de curso prolongado, de origem não infecciosa e por necessitarem de cuidado contínuo (MALTA; MERHY, 2010). Geralmente tem como característica início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração, podendo gerar incapacidades em período de agudização (BRASIL, 2013b).

Segundo dados do IBGE (2015), existe um crescimento significativo das DCNT no Brasil, que aponta para a necessidade de se pensar em políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde para o enfrentamento das DCNT. O panorama para o ano de 2020 é de que as DCNT serão responsáveis por 80% dos casos de doença em países em desenvolvimento (BRASIL, 2013b).

As principais DCNT como câncer, enfermidades respiratórias crônicas, neuropsiquiátricas, diabetes, e doenças cardiovasculares, dentre elas a HAS, impactam diretamente na qualidade de vida da população acometida podendo gerar limitações para atividades diárias e, além disso, respondem por mais de 70% das causas de mortes no Brasil, o que tem acontecido antes dos 70 anos de idade (IBGE, 2014). No Brasil no ano de 2013 as cinco principais causas de morte foram: doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio (IAM), pneumonias, DM e homicídios (BRASIL, 2015).

Quanto a utilização dos serviços de saúde, dados mostram que dos 45% de adultos que relataram DCNT, um quarto usou serviços de saúde nas duas últimas semanas, em média as pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços comparado com os adultos sem DCNT (MALTA, *et al.* 2017).

O número crescente de pessoas acometidas por DCNT acaba gerando maiores custos com relação a internações hospitalares, acesso a exames complementares de diagnóstico, consultas com especialistas, e medicamentos de uso contínuo (IBGE, 2014). Em países de baixa e média renda estima-se que os custos socioeconômicos associados com DCNT têm repercussão importante na economia, sendo estimados em US\$ 7 trilhões, durante 2011-2025, portanto o planejamento de ações se faz necessário pensando no desenvolvimento global (WHO, 2018).

Pensando em estratégias para o enfrentamento das DCNT, a APS conta com equipe multiprofissional na ESF que presta assistência de forma integral e contínua a população adstrita, e segundo a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, 53,4% dos domicílios estavam cadastrados em unidade de saúde da família (34,8 milhões de domicílios) (IBGE, 2015). Ainda

como parte deste estudo foi investigado regularidade das visitas de qualquer integrante da ESF e foi verificado que 47,3% receberam visita mensal do ACS ou outro membro da equipe (IBGE, 2015).

Existe a necessidade de fortalecer enquanto APS o trabalho do ACS, uma vez que este profissional pode prestar orientações compondo o conjunto de ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos dessas doenças, contribuindo para redução das DCNT e suas complicações (BRASIL, 2014).

3.2.1 Atuação dos ACS no atendimento ao adulto com HAS e /ou DM

Enquanto conceito, HAS é definida como “condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), 2016, p. 19).

Estudos apontam que a HAS acaba contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por Doença Cardiovascular (DCV), dado preocupante uma vez que no Brasil atinge 32,5% (36 milhões) dos indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, (SBC, 2016; WILLIAMS, 2018).

Com o progressivo envelhecimento populacional a HAS torna-se mais comum, pois as pessoas adotam estilo de vida mais sedentário e ganho de peso, a estimativa é que o número de pessoas com hipertensão arterial sistêmica aumentará de 15 a 20% até 2025 (WILLIAMS, 2018).

A HAS é considerada causa direta de cardiopatia hipertensiva, além de representar um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (BRASIL, 2013a). Está diretamente relacionada com eventos como morte súbita, acidente vascular cerebral (AVC), IAM, insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica e doença renal crônica (SBC, 2016). Em Santa Catarina dentro das DCV, a maior proporção de óbitos é o IAM tanto para o sexo masculino (54,5%), quanto feminino (45,3%) seguido pela doença isquêmica crônica do coração e AVC (DIVE, 2017).

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, existem evidências epidemiológicas de que indivíduo pré-hipertenso deve ser monitorado periodicamente uma vez que existe a possibilidade de desenvolver HAS e suas complicações (SBC, 2016). “Pré-hipertensão é uma condição caracterizada por PA sistólica entre 121 e 139 e/ou PA diastólica entre 81 e 89 mmHg (SBC, 2016, p.23).

Quando se fala nas estratégias para redução da PA muitos pacientes vão precisar sim do tratamento com medicamento, porém não se pode deixar de pensar em mudança no estilo de vida (WILLIAMS, 2018). Seguindo as orientações do MS, é na APS que deve acontecer o trabalho inicial para controle e prevenção da HA e suas complicações, onde se preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, para adultos já com diagnóstico e na prevenção da HAS (BRASIL, 2013a).

A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2013a, p.22).

Para controle adequado da HAS e por consequência redução dos eventos cardiovasculares, o que se preconiza é adesão ao tratamento, plano terapêutico individualizado, considerando o acompanhamento sistemático de toda equipe multidisciplinar, encorajando o paciente a assumir a responsabilidade pela sua própria saúde (WILLIAMS, 2018).

O DM é conceituado como “distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2017, p.24).

A confirmação do diagnóstico de DM requer avaliação clínica e realização de exame de laboratório, sendo que exame de glicose de jejum com valor abaixo de 100 mg/dl é considerado normoglicêmicos, entre 100 e 126 mg/dl pré-diabetes e valor maior ou igual a 126 mg/dl diabetes estabelecido (SBD, 2017).

Quanto a classificação do DM, temos o Tipo 1, de etiologia autoimune ou idiopática, é descrito pela presença de ataque as células betas do pâncreas com consequente prejuízo na produção de insulina, o Tipo 2, caracterizado pela resistência à insulina, DM gestacional, que acontece a intolerância à glicose no período gravídico (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019).

No Brasil, no ano de 2017 estimou-se em 12,465.8 pessoas com diabetes, representando 8,7% a prevalência de DM na população adulta (20 e 79 anos), com projeção de 11,7% para 2045 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017). O DM tipo 2 representa 90-95% de todos os diabetes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2019).

Estudos mostram que o aumento da prevalência do diabetes está relacionado ao estilo de vida sedentário, envelhecimento populacional associado a transição nutricional (SBD, 2017).

Pelo fato de o diabetes estar associado a maiores taxas de hospitalizações, maior utilização dos serviços de saúde, bem como maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, pode-se prever a carga que isso representará nos próximos anos para os sistemas de saúde de todos os países, independentemente do seu desenvolvimento econômico; a carga será maior nos países em desenvolvimento, pois a maioria ainda enfrenta desafios no controle de doenças infecciosas (SBD, 2017, p. 12).

O acompanhamento do adulto com diagnóstico de DM deve acontecer na APS por meio das equipes de saúde família, pensando na assistência de forma integral e longitudinal incluindo o apoio para mudança de estilo de vida, o controle metabólico, a adesão aos medicamentos e a prevenção das complicações crônicas (BRASIL, 2013c).

3.2.2 Relação entre HAS e DM, estratégias para prevenção e controle

Estudo aponta que foi descrito pela primeira vez na década de 70, a associação entre HAS e DM, sem distinção de sexo e em qualquer faixa etária, comprovando que prevalência de HAS é duas a três vezes maior em pessoas com DM do que na população geral e cerca de 70% destes também são hipertensos (ALESSI, *et al.* 2013). A HAS junto com o DM e suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm elevado impacto na sociedade, considerando a perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, destacando que em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, dos quais 29,8% (339.672) decorrentes de DCV, sendo a principal causa de morte no país (SBC, 2016). Quanto aos dados de Santa Catarina, dentro das taxas de mortalidade das DCNT no ano de 2015, a região da Serra Catarinense tem a taxa mais elevada se comparado as demais regiões de saúde, na doença cardiovascular (181,9) e na DM (49,3) (DIVE, 2017).

As DCNT são responsáveis pelo maior número de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) acarretando altos custos para o sistema de saúde (BRASIL, 2013c). No Estado de Santa Catarina em 2015 os valores pagos por internação para tratamento das DCNT corresponderam a 39,3% do total de internações, destacando-se as DCV, neoplasias malignas, doenças respiratórias crônicas e DM (DIVE, 2017).

A HAS ocorre com maior frequência em grupos com outros fatores de risco cardiovascular, como dislipidemia e intolerância à glicose (WILLIAMS, 2018). A coexistência das duas condições crônicas, HAS e DM, aumenta substancialmente o risco de IAM, AVC e mortalidade por todas as causas, bem como o risco de Insuficiência Cardíaca (IC), doença renal

e complicações microvasculares (ALESSI, *et al.* 2013). Diante do exposto destaca-se estas doenças como DCNTs de maior impacto no Brasil uma vez que estão diretamente correlacionadas com as principais causas de mortalidade.

Garantir atenção em saúde para pessoas com HAS e DM envolve além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo a fim de reduzir complicações. Por isso as estratégias de prevenção primária devem ser desenvolvidas por todos os profissionais da equipe de saúde, o que implica na necessidade de abordagem multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2013a). Interdisciplinaridade pode ser entendida como unidade integral, de inter-relação e interação entre os conhecimentos de duas ou mais disciplinas, na busca de um objetivo comum (FONTOURA *et al.*, 2014). Equipes multidisciplinares que adotam uma abordagem interdisciplinar contribuem significativamente na reorganização do sistema assistencial tornando-o mais efetivo, resolutivo e integrado (FONTOURA *et al.*, 2014).

Entre as estratégias para implementação de medidas de prevenção, além de pensar em políticas públicas de saúde, existe a necessidade de ações combinadas com o objetivo de orientar a população para o diagnóstico precoce, fortalecimento a adesão ao tratamento e controle da pressão arterial, bem como orientações para mudanças de estilo de vida pensando em fatores de risco (SBC, 2016, p. 19). “Prevenção efetiva significa atenção à saúde de modo eficaz” (BRASIL, 2013c, p.16).

Sabe-se que somente a adesão a tratamento farmacológico não é eficaz para o controle da HAS e do DM, o paciente deve ser orientado sobre a necessidade da prática de exercícios físicos e a uma alimentação balanceada como parte do tratamento (SOLBIAT, 2018). Existe a necessidade de mudanças do estilo de vida por meio de adoção de medidas não farmacológicas (SBD, 2017).

A atividade física quando praticada de forma regular auxilia no controle glicêmico e tem resultado positivo tanto no tratamento da HAS quanto na prevenção, contribui para redução do risco cardiovascular e controle do peso corporal (SOLBIAT, 2018). A atividade física deve ser incentivada para toda a população orientando que a princípio não há necessidade de exame prévio, a não ser que durante a execução da atividade sentir algum desconforto, aí se faz necessário procurar orientação médica (SBC, 2016). O recomendado é atividade física aeróbica moderada, como por exemplo caminhar rápido, 5 a 7 dias por semana por pelo menos 30 minutos (SBD, 2017; WILLIAMS, 2018). Para maiores benefícios recomenda-se buscar exercícios estruturados de forma individual (SBC, 2016). Para fins de conceito atividade física está relacionado a qualquer movimento corporal que resulte em gasto energético, e o termo

exercício físico, refere-se à atividade física realizada de forma estruturada com objetivo específico (SBC, 2016).

Deve-se manter os cuidados com os pés na atividade física para indivíduos com DM: tênis adequado, eventualmente com uso de palmilhas especiais (se indicado) e meias apropriadas (sem costura interna), a fim de manter os pés confortáveis e secos, especialmente naqueles com neuropatia diabética (pode estar relacionada com perda de sensibilidade protetora nos pés), importante examinar os pés antes e depois dos exercícios, atentando para o surgimento de bolhas (SBD, 2017). A alteração do fluxo capilar, oxigenação e resposta inflamatória que torna os pacientes diabéticos mais suscetíveis a lesões e infecções (SBD, 2017).

Aliado a prática de atividade física é necessária uma alimentação adequada para controle do peso, sugere-se a adoção de um plano alimentar saudável e sustentável, pois dietas radicais geralmente não tem adesão (SBC, 2016). O excesso de peso se dá quando a pessoa tem um peso corporal maior do que é orientado para a sua altura (DIVE, 2017). O DM tipo 2 está mais presente em pacientes com sobrepeso ou obeso, pois o excesso de peso acaba causando resistência à insulina (ADA, 2019). Sobrepeso e obesidade também estão associados à HAS (WILLIAMS, 2018).

A principal restrição alimentar é focado no sódio e carboidratos (SOLBIAT, 2018). O consumo médio de sódio do brasileiro é de 11,4 gramas dia, sendo que o recomendado é de até 2 gramas para HAS e menos que 2,3 gramas para DM, pensando na diminuição do risco cardiovascular, a dieta hipossódica é indicada tanto para pacientes com HAS e/ou DM (SBD, 2017; SBC, 2016). O controle na ingestão de carboidrato auxilia no controle glicêmico e pode prevenir as complicações crônicas relacionadas ao DM além de contribuir para o controle do peso, que se correlaciona com redução da PA e melhora metabólica (SOLBIAT, 2018).

O consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas tem relação direta com o aumento da PA, e interfere na ação da insulina aumentando o risco de hipoglicemia em indivíduos que fazem uso dessas substâncias, além de contribuir para o aumento de peso (SBD, 2017; SBC, 2016). Para mulheres o limite de consumo diário de álcool é 1 dose e para homens 2 doses, sendo que uma dose contém cerca de 14g de etanol e equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de bebida destilada (SBC, 2016). De acordo com a SBD (2017) ingestão excessiva de etanol (> 30 g/dia) está associada a alteração da homeostase glicêmica, aumento da resistência à insulina, e PA, podendo, também, ser fator de risco para AVE.

Também é recomendando o abandono do tabagismo, tanto para pacientes com HAS e/ou DM, pois fumantes ativos ou passivos têm um risco elevado de DCV, morte prematura, complicações microvasculares e pior controle glicêmico quando comparado com pessoas não-

fumantes (WILLIAMS, 2018; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2019). O tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças e o abandono do tabagismo esteve associado a uma redução de 30% do risco de mortalidade global (SBD, 2017; SBC, 2016).

Para controle da HAS a maioria dos pacientes necessitará de terapia medicamentosa, além de estratégias para mudança de estilo de vida, apenas 40% dos pacientes com HAS são tratados; destes, apenas 35% estão controlados para uma PA menor que 140/90 mmHg (WILLIAMS, 2018). Durante o tratamento medicamento poderá ser utilizado uma ou mais classes de fármacos, de acordo com a necessidade (SBC, 2016). Na DM o tratamento medicamentoso se dá mediante uso de antidiabéticos orais ou/ou insulino terapia combinados (SBD 2017). Inúmeras complicações das DCNT estão relacionadas a dificuldade na adesão ao tratamento, que ocorre em apenas 20% dos casos (BRASIL, 2013b).

O DM tem como complicações distúrbios microvasculares e macrovasculares, que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica, além de contribuir para agravos no sistema musculoesquelético, digestório, na função cognitiva e na saúde mental, e diversos tipos de câncer (SBD, 2017).

E dentro desta lógica, este trabalho de prevenção e orientação poderia ser fortalecido enquanto atribuição do ACS, tendo o protocolo de atuação como instrumento para orientar a sua atuação pensando em ações de promoção da saúde, na qualidade da assistência e prevenção das complicações das doenças crônicas com ênfase na HAS e/ou DM (BRASIL, 2016).

3.3 PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PARA OS ACS

A resolução de problemas relacionados à gestão e à assistência na saúde pode ocorrer através de protocolos fundamentados e validados em evidências científicas, uma vez que a literatura tem demonstrado que existe melhora significativa na organização de serviços após a implantação dos mesmos (PIMENTA *et al.*, 2015). Os protocolos em saúde têm como foco a padronização de condutas no ambiente de cuidados e, em sua maioria, dão ênfase às ações técnicas assistenciais, mas também existem protocolos de organização da atenção (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Quando se trata da assistência, temos a definição de que protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, onde se tem detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, afim de orientar os profissionais nas decisões

relacionadas à assistência/atenção para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde (PIMENTA *et al.*, 2015).

Após uma busca eletrônica realizada em fevereiro de 2019 (período de busca 10 anos) em sites nacionais e internacionais como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Biblioteca Virtual em Saúde Brasil, Biblioteca do Ministério da Saúde da Diretoria de Atenção Básica, da Sociedade de Cardiologia, Sociedade Hipertensão, Sociedade Diabetes, e na base de dados do Portal Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico. Foi utilizada a seguinte sintaxe de descritores: (“protocolos” OR “protocols”) AND (“agentes comunitários de saúde” OR “Community Health Workers” OR “Agentes Comunitarios de Salud”) AND (“Hipertensão” OR “Hipertensión” OR “Hypertension”) AND (“Diabetes Mellitus”). Após leitura do material encontrado foi identificado apenas quatro publicações que trazem informações acerca da atuação do ACS, porém de forma breve e sucinta com relação a HAS e DM, conforme descrição no quadro 1:

Quadro 01: Seleção das publicações encontradas no primeiro levantamento bibliográfico conforme descrição. Lages, 2020.

Publicação	Autor/Ano	Orientações sobre HA e/ou DM
O trabalho do agente comunitário de saúde	BRASIL, 2009a	Orienta cadastro das pessoas com diagnóstico médico estabelecido e acompanhamento
Guia prático do agente comunitário de saúde	BRASIL, 2009b	Breve conceito sobre a doença, fatores de risco e algumas orientações para pacientes com diagnósticos ou fatores de risco para desenvolver a doença descrito em 6 páginas.
Guia do ACS - O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas	SILVA; DIAS, 2012	Orienta sobre o acompanhamento sem descritivo de como realizá-lo;
Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos	MARTELETO; DAVID, 2014	Orienta sobre o acompanhamento sem descritivo de como realizá-lo;

Fonte: Autor (2020).

Tendo como base um protocolo para atuação, o ACS poderá contar com um suporte técnico no trabalho frente ao adulto com HAS e DM, repassando orientações com mais segurança e produzindo resultados favoráveis, cooperando na aprendizagem e aquisição de conhecimentos através de um conteúdo relevante e atualizado (MELO *et al.*, 2016). É

importante valorizar a capacidade dos ACS e sua contribuição para novas práticas comprometidas com a atenção integral (CARLI *et al*, 2014).

O adulto com HAS e/ou DM, é considerado um paciente que necessita de cuidado constante, bem como ser corresponsável pela manutenção de sua saúde, porém, alguns pacientes aguardam o momento da consulta como único momento proporcionado para falar sobre seu tratamento. Por este motivo que o ACS como membro da equipe de saúde da família, deve estar preparado para orientar e estabelecer uma relação profissional paciente (TADDEO *et al*. 2012).

Considera-se, portanto, o protocolo como uma estratégia para fortalecimento do trabalho do ACS, e por consequência contribui com o trabalho interdisciplinar converge com as atribuições desse profissional.

4 MATERIAL E MÉTODOS

A construção deste estudo se deu em dois momentos, na primeira etapa foi realizado pesquisa quantitativa junto aos ACS, e a segunda etapa, metodológica que teve como produto o protocolo de atuação para o ACS frente ao adulto com HAS e/ou DM.

4.1 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido junto a equipes da ESF vinculadas ao município de Lages. Tendo como base dados do Censo populacional de 2010, a Macrorregião Serra Catarinense possui uma população de 403.750 habitantes e uma densidade populacional de 18,2 hab./km², Lages é considerada uma cidade populosa com 156.727 habitantes e é também o município sede da Macrorregião Serra Catarinense (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), 2013).

A cidade de Lages foi fundada em 1766 pelo bandeirante paulista Antônio Correia Pinto de Macedo, servia inicialmente como estalagem para a rota comercial entre o Rio Grande do Sul e São Paulo, principalmente na passagem do gado dos campos gaúchos para abastecer os trabalhadores da extração de ouro em Minas Gerais (IBGE, 2017). A cidade foi batizada assim devido à abundância da pedra laje na região, o nome original era Nossa Senhora dos Prazeres dos Campos das Lajens (IBGE, 2017). Atualmente, o Município é constituído de três distritos: Lages (sede), Índios e Santa Teresinha do Salto (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LAGES 2014-2017). Quando se pensa em qualidade de vida da região, a Serra Catarinense apresenta índices de desenvolvimento humano vistos como ruins sob a ótica do panorama estadual, possui um índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 2010 (IDHM 2010) 0,770, ocupando a 56º posição no estado (SEBRAE, 2013).

A implantação das equipes de Saúde da Família e de ACS teve início no estado de Santa Catarina em 1995, e a das equipes de saúde bucal em 2001 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA 2016-2019). No município de Lages em 2001 teve início o Programa Saúde da Família (PSF), agora Estratégia da Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LAGES 2014-2017). Segundo dados da Diretoria de Atenção Primária (DAP) do Município Lages, no ano de 2019, a rede estava estruturada em 27 Unidades Básicas de Saúde distribuídas em todo território municipal, composta por 50 equipes de saúde abrangendo aproximadamente 87% de cobertura

da população adscrita. A Direção de Atenção Primária conta com Gerência para Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e Gerência para Atenção Primária.

O município de Lages conta com Unidade de Pronto Atendimento, além de três hospitais, sendo um público e dois filantrópicos, totalizando 410 leitos SUS, especializado em atendimento infantil, serviços de hospital Geral e Maternidade (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LAGES 2014-2017).

4.2 ETAPA 1: PESQUISA COM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, que segundo Diehl (2004) busca pela quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utiliza técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

O método quantitativo envolve coleta de dados, análise, interpretação dos resultados e redação final (CRESWELL, 2010). Estudos quantitativos tem a pretensão de delimitar informação medindo variáveis, onde a literatura tem papel fundamental para o desenho de todas as etapas deste processo (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). A etapa quantitativa se deu com coleta de dados de campo.

4.2.1 Participantes da pesquisa

Fizeram parte da pesquisa 230 ACS de um total de 286. Estes profissionais atuam na Atenção Básica em 50 equipes de Saúde da Família cadastradas em 27 Unidades Básicas de Saúde distribuídas no município considerando área urbana e rural.

4.2.2 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Participou da pesquisa o ACS que estava atuando na Atenção Primária vinculado a uma equipe de Saúde na data de aplicação do questionário. Foi excluído do estudo Agente Comunitário de Saúde que estava de férias, afastado de suas atividades ou que se recusou a participar da pesquisa.

4.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu por meio de aplicação de um questionário criado pela pesquisadora (Apêndice A) constituído de uma série ordenada de perguntas que foram respondidas pelos ACS em um evento promovido pela Secretaria da Saúde onde todos os ACS foram convidados.

4.2.4. Análise de dados

Foram efetuadas estatísticas descritivas e inferenciais dos dados quantitativos, elaborando gráficos e tabelas para a explanação dos resultados. Também foram realizados testes de hipótese, considerando nível de significância de 0,05.

4.3 ETAPA 2: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO

A etapa 2, metodológica, se deu através da elaboração de um protocolo de atuação para os ACS. A seguir será descrito cada etapa desta construção.

4.3.1 Elaboração e validação de protocolo

A elaboração de protocolo, instrumento este considerado legal, possibilita criar material voltado às necessidades de saúde dos territórios onde os profissionais da saúde atuam, considerando suas experiências, buscando soluções mais adequadas às suas realidades, favorecendo a segurança e legitimação da assistência através de ações profissionais dentro dos princípios da prática baseada em evidências (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que o uso de protocolo tende a aprimorar a assistência, uma vez que minimiza a variabilidade de condutas dentro da equipe de atenção básica, além de favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, lembrando que utilizar o Protocolo não anula a autonomia profissional, uma vez que cada um é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo (PIMENTA *et al.*, 2015).

Quando se pesquisa sobre como desenvolver um protocolo é difícil encontrar um único percurso com abordagem válida e abrangente, uma vez que existem metodologias que podem ser adaptadas e utilizadas, e cada método tem suas características próprias e deve ser pensado nas especificidades do problema, aos objetivos e aos propósitos da investigação para construção do protocolo (CATUNDA, *et al.*; 2017).

Este estudo foi desenvolvido a partir dos pressupostos de Echer (2005) por meio de quatro etapas: 1. elaboração e submissão do projeto de pesquisa com os ACS ao Comitê de Ética e Pesquisa 2. levantamento bibliográfico; 3. elaboração do protocolo 4. validação do protocolo por especialistas no assunto e representantes do público-alvo.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo como base a resolução das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que embasam a pesquisa com seres humanos, cada participante recebeu o TCLE (Termo de Compromisso Livre e Esclarecido), que autoriza a participação no estudo bem como a utilização dos dados obtidos (Apêndice B). Lembrando que as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo.

De acordo com o que consta no TCLE, os riscos deste estudo ficam no âmbito do emocional, podendo ser motivado por não saber qual resposta assinalar. Frente ao risco de potencial desconforto foi orientado sobre a possibilidade de atendimento pelas pesquisadoras e/ou pelos profissionais da Unidade de Saúde. Os pesquisadores também se comprometeram em realizar os encaminhamentos formais dos participantes do estudo ao serviço de saúde, sem ônus para o participante.

O TCLE foi obtido através do convite em duas vias, ficando uma via com o ACS e uma via devidamente preenchida com pesquisador. A assinatura do TCLE garante que as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgação em publicações científicas, dados pessoais dos participantes não serão mencionados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões serão apresentados no formato de dois Manuscritos Científicos, conforme orientação do regimento geral do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde.

5.1 MANUSCRITO 01

AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE¹

Resumo: A profissão de Agente Comunitário de Saúde foi regulamentada em 2002 com a Lei 10.507, e nos últimos anos tornou-se fundamental para a concretização da Estratégia Saúde da Família, tornando possível que a equipe multiprofissional realize a assistência segundo as necessidades e demandas de acordo com a realidade local. **Objetivo:** identificar o perfil profissional de Agente Comunitário de Saúde, atuação e os principais problemas evidenciados por este profissional na atenção ao adulto com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado em um município localizado na Serra Catarinense, com um total de 230 participantes. Os dados de cada questionário foram registrados em uma planilha de Excel com variáveis quantitativas e realizada as estatísticas descritivas por meio de estudo do Software SEstatNet. **Resultados:** Quanto ao perfil dos profissionais que atuam como profissão de Agente Comunitário de Saúde observamos média de idade de 39,03 anos, com desvio-padrão de 11 anos, sendo a idade máxima de 65 anos. Em relação ao sexo biológico, 91.57% é feminino e 8.46% masculino. Quando questionados sobre o preparo para atuar, 64.55% informou estar preparado, 15% pouco preparado e 20,45 com preparo regular. Quanto ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde apenas 48,88% dos ACS sempre realizam tais funções, o que contrapõe o preconizado que seria a ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde. **Conclusão:** A realização deste estudo permitiu evidenciar potencialidades para a atuação da profissão de Agente Comunitário de Saúde como a elevada escolaridade, o cumprimento do número de visitas às famílias acompanhadas, o maior tempo de atuação como profissão de Agente Comunitário de Saúde e que eles se consideram profissionais da saúde. Porém muitas lacunas foram evidenciadas, principalmente relacionadas a prática de atividades para promoção da saúde. Recomenda-se que gestores de saúde implementem programas efetivos de educação permanente para a capacitação dos profissionais de Agente Comunitário de Saúde e protocolos de atuação, dado ênfase para a concretização da Política Nacional da Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Saúde Coletiva.

EVALUATION OF THE PERFORMANCE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

Abstract: The profession of Community Health Agent was regulated in 2002 with Law 10.507, and in the last years it has become fundamental for the accomplishment of the Family Health Strategy, making it possible for the multi-professional team to perform the assistance according to the needs and demands according to the local reality. **Objective:** to identify the professional profile of Community Health Agent, performance and the main problems evidenced by this professional in adult care with Hypertension and/or Diabetes Mellitus. **Method:** This is a descriptive study of a quantitative approach, conducted in a municipality located in the Sierra Catarinense, with a total of 230 participants. The data from each questionnaire were recorded in an Excel spreadsheet with quantitative variables and the descriptive statistics were carried

¹ Este artigo é de autoria de Fabiana Medeiros Branco; Deini Maria Neto; Julio Cesar de Castro Ozório; Vanessa Valgas dos Santos e Juliana Cristina Lessmann Reckziegel.

out through a study of the SStatNet Software. Results: Regarding the profile of professionals who work as Community Health Agents, we observed a mean age of 39.03 years, with a standard deviation of 11 years, being the maximum age of 65 years. In relation to the biological sex, 91.57% is female and 8.46% male. When asked about the preparation to act, 64.55% informed being prepared, 15% little prepared and 20.45 with regular preparation. As for the development of health promotion activities, only 48.88% of CHAs always perform such functions, which contrast with the recommended emphasis on disease prevention and health promotion. Conclusion: This study allowed us to highlight potentialities for the profession of Community Health Agent, such as high schooling, fulfillment of the number of visits to the families that are accompanied, the longer time they work as Community Health Agent and that they consider themselves health professionals. However, many gaps were highlighted, mainly related to the practice of activities for health promotion. It is recommended that health managers implement effective programs of permanent education for the qualification of the profession of Community Health Agent and action protocols, with emphasis on the implementation of the National Policy on Primary Care.

INTRODUÇÃO

A atuação dos ACS teve início no final da década de 80, porém oficialmente em 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2000), profissionais ainda sem escolaridade definida, não vinculados a uma equipe de saúde atuando sob supervisão dos enfermeiros (DE BARROS *et al.*, 2010).

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) com objetivo de reorganizar a Atenção Básica em substituição ao modelo tradicional, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2000). Somente em 1997 que foi estabelecida a base legal para a profissão de ACS, suas atribuições foram publicadas em um documento normativo, e em 1999 foram definidas as diretrizes para o exercício das atividades, em 2002 foi oficialmente criada a profissão de ACS por meio da lei nº 10.507, e em 2006 foi editado medida provisória através da lei nº 11.350, que regulamentava as atividades do ACS (DE BARROS *et al.*, 2010).

Com relação a legislação vigente, a profissão do ACS é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017), que determina suas atribuições, e a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, que dispõe sobre a reformulação de suas atribuições, bem como jornada de trabalho, formação profissional e cursos de formação técnica e continuada (BRASIL, 2018). Seguindo as orientações da Lei nº 13.595/2018, quanto a formação profissional, hoje para o ACS é exigido ensino médio completo e também precisa passar por curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas, porém, não será exigido do ACS a conclusão de: “I - ensino fundamental, se estava exercendo as atividades em 5 de

outubro de 2006; II - ensino médio, se estiver exercendo as atividades na data de publicação desta Lei” (BRASIL, 2018).

De acordo com a PNAB (2017) a atuação do ACS pode acontecer por meio de atividades para promoção da saúde e prevenção de doenças em visitas domiciliares, na unidade de saúde ou nos demais espaços da comunidade, por meio de atividades coletivas ou atendimento individual (BRASIL, 2017). Porém, os próprios ACS consideram sua formação profissional insuficiente, e frente a este cenário que em 2015 o MS lançou a Portaria 253, que estabeleceu o curso introdutório de ACS, padronizou as horas mínimas de trabalho para esse treinamento e definiu os componentes curriculares básicos (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018). É reconhecido pelo ACS que as situações relacionadas ao desconhecimento de suas funções resultam em sofrimento no trabalho (LOPES, et al, 2012). A formação profissional insuficiente, materiais de apoio frágeis com relação a aspectos teóricos e práticos também são fatores que geram descontentamento no trabalho (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Na APS o médico e o enfermeiro realizam grande parte do acompanhamento em consulta individual, entretanto as informações trazidas pelos ACS, bem como as orientações por eles prestadas são relevantes para aperfeiçoar-se a assistência prestada (BRASIL, 2013a). Os ACS possuem papel fundamental na equipe da Estratégia Saúde da Família, pois servem de elo com a comunidade, uma vez que estabelecem troca de informações e colaboram na interação entre ambos (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013).

Com isso, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar a atuação dos agentes comunitários de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família e identificar o perfil do profissional que está atuando como ACS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, que segundo Diehl (2004) busca pela quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utiliza técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

O estudo aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer nº 2.948.249. Os sujeitos foram orientados a respeito dos procedimentos e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com Resolução do CNS nº466/12.

A pesquisa foi realizada em um município de médio porte localizado na Serra Catarinense. Segundo dados da Diretoria de Atenção Primária (DAP), setor vinculado à

Secretaria Municipal da Saúde responsável pela APS deste município, no ano de 2019, a rede contava com 50 equipes de saúde, chegando a aproximadamente 87% de cobertura da população adstrita, e possui 286 ACS atuantes na área urbana e rural. A amostra deste estudo contou com 230 agentes ACS cadastrados e exercendo suas funções no período de coleta de dado (julho 2018).

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, quando acontecia um momento de capacitação, onde todos os ACS estavam presentes. A pesquisa foi realizada em uma sala dentro das dependências físicas do Órion Parque Tecnológico, durante a capacitação da equipe. Este ambiente privilegiou a privacidade dos entrevistados. Inicialmente os participantes foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos, justificativas e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após concordarem em participar do estudo e assinar o TCLE, o questionário foi aplicado, de forma individual e sigilosa.

Os dados de cada questionário foram registrados em uma planilha de Excel com variáveis quantitativas e realizada as estatísticas descritivas por meio de estudo do Software SEstatNet.

RESULTADOS

Quanto ao perfil dos profissionais que atuam como ACS, observamos média de idade de 39.03 anos (± 11 anos), sendo a máxima de 65 anos. Em relação ao sexo biológico, 91.57% é feminino e 8.46% masculino. As demais informações sociodemográficas estão na tabela 1.

Tabela 01: Informações sócio demográficas dos ACS. Lages, 2018.

Variável	n(%)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	01(00.44)
Fundamental completo	05(02.21)
Ensino médio incompleto	08(03,54)
Ensino médio completo	107(47.35)
Superior incompleto	62(27.43)
Superior completo	41(18.14)
Especialização	02(00.88)
Estado Marital	
Solteiro	70(30.84)
Casado	101(44.49)
União estável	55(24.23)
Viúvo	01(0.44)
Tempo de atuação como ACS	
01 a 05 meses e 29 dias	18(07.96)
06 meses a 11 e 29 dias	14(06.19)
01 ano a 01 ano 11 meses e 29 dias	30(13.27)
02 anos a 4 anos 11 meses e 29 dias	14(06.19)
Mais de 5 anos	150(66.37)

Fonte: Dados primários

Os ACS informaram que atendem em média 223(\pm 170) famílias, efetuando em média 176 (\pm 81) visitas domiciliares por mês. Destes profissionais, 97.67% se considera um profissional da saúde, porém ao serem questionados sobre a possibilidade de identificar, durante as visitas domiciliares, casos que possivelmente não chegariam a Unidade Básica de Saúde (UBS) 0.92% afirmou que nunca, 54.84% que às vezes e 44.24% que sempre evidenciam tal ocorrência. Quando questionados sobre o preparo para atuar, 64.55% informou estar preparado, 15% pouco preparado e 20.45% com preparo regular. As demais informações acerca da atuação e conhecimentos dos ACS estão descritas na tabela 02 e tabela 03.

Tabela 02: Atuação de ACS. Lages, 2018.

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Mapeamento de Área (n=216)	08(03.70)	21(09.72)	87(40.28)	42(19.44)	58(26.85)
Cadastramento de Pessoas (n=225)	01(0.44)	02(0.89)	10(04.44)	40(17.78)	172(76.44)
Orientação das Famílias (n=224)	02(0.89)	0	04(1.79)	10(04.46)	208(92.86)
Realização de atividades Programadas (n=219)	02(0.91)	08(03.65)	37(16.89)	53(24.20)	119(54.34)
Acompanhamento das famílias (n=224)	02(0.89)	0	04(1.79)	17(07.59)	201(89.73)
Desenvolvimento de atividades de promoção da saúde (n=223)	01(0.45)	08(03.59)	37(16.59)	68(30.49)	109(48.88)
Vigilância em saúde (n=217)	02(0.92)	03(01.38)	24(11.06)	67(30.88)	121(55.76)

Fonte: Dados primários

Tabela 03: Conhecimentos de ACS. Lages, 2018.

	Não Sabe	Sabe pouco	Conhecimento regular	Sabe o suficiente
1. Avaliação de condições de saúde (n=216)	0	12(05.56)	111(51.39)	93(43.06)
2. Avaliação do seguimento da prescrição médica (uso de medicamento) (n=214)	5(02.34)	25(11.68)	106(49.53)	78(36.45)
3. Avaliação de hábitos alimentares (n=215)	02(0.93)	15(06.98)	102(47.44)	96(44.60)
4. Avaliação de fatores de risco relacionados à saúde (n=217)	01(0.46)	13(05.99)	99(45.62)	104(47.93)
5. Busca de sinais e sintomas que possam indicar a presença de doenças crônicas (n=217)	01(0.46)	24(11.06)	114(52.53)	78(35.94)
6. Avaliação acerca da regularidade com que o paciente vai ao médico (n=212)	02(0.94)	08(03.77)	97(45.75)	105(49.53)
7. Verificação/medir da pressão arterial (n=211)	92(43.60)	31(14.69)	41(19.43)	47(22.27)
8. Verificação da glicose (Hemoglicoteste/HGT) (n=211)	97(45.97)	32(15.17)	40(18.96)	42(19.90)
9. Avaliação de condições sócio econômicas (n=212)	02(0.94)	21(09.91)	94(44.34)	95(44.91)

Fonte: Dados primários

DISCUSSÃO

Reconhece-se que trabalhar em uma equipe de saúde não é uma tarefa fácil, e que os profissionais que ali estão buscam ampliar a qualidade da assistência em saúde e da qualidade de vida das pessoas por meio de atendimento humanizado e integral. Contudo ocorrem dificuldades no fazer cotidiano dos ACS que podem estar relacionadas à falta de conhecimento a respeito das suas práticas. Com a reformulação da lei federal 13.595/2018 é exigido que o ACS tenha formação mínima de nível médio e curso de formação inicial.

Aponta-se que, diferente do panorama nacional, onde o ACS possui baixa escolaridade (SANTANA *et al.*, 2015), na população pesquisada, 93,81% dos profissionais que desempenham esta função tem o ensino médio completo ou maior escolaridade, destacando que 18,14% possui ensino superior completo e 27,43% possui ensino superior incompleto. Pode-se refletir acerca de panorama de mudança no perfil do ACS, apontando para a necessidade de investimentos na capacitação acerca das questões específicas de seu cotidiano de trabalho.

Os ACS têm como atribuição a adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida, mantendo os cadastrados com informações atualizadas, realiza atividades de vigilância em saúde, promoção e prevenção, atividades individuais e coletivas, bem como acompanhamento através de visita domiciliar informando a comunidade e também a equipe de saúde, ou seja, o ACS é o elo entre a comunidade e a equipe de saúde (BRASIL, 2017).

Os ACS desempenham papel fundamental na ESF, promovendo a saúde e prevenindo doenças durante a realização de visitas domiciliares criando vínculo com as famílias, o que faz com que facilite o compartilhamento de situações vivenciadas pelo indivíduo/família. Porém, observou-se nos dados que 53,70% dos profissionais realizam mapeamento da área com frequência inferior ao preconizado (Nunca, Quase Nunca ou às Vezes). Este apresenta-se como problema, considerando que há ruptura na comunicação, fragilizando a atuação junto à principal função do ACS, que seria a conexão unidade x comunidade.

A Atenção Primária é considerada a principal porta de entrada do sistema de saúde, tendo a ESF como referência para o cuidado, nesta lógica, a equipe deve ser constituída de forma multidisciplinar abrangendo toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2017). Nesta perspectiva, convém destacar a necessidade de trabalhar constantemente com os ACS, para o seu aperfeiçoamento e para que estejam aptos a realizar suas atribuições. Investir em educação permanente para estes profissionais é uma forma de melhorar o serviço ofertado à população.

A ESF surgiu no cenário brasileiro para superar o modelo assistencial hospitalocêntrico centrado no cuidado médico individualizado, veio como uma proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como alicerce os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), uma estratégia para desenvolver uma atenção integral (GARCIA *et al.*, 2017). Evidenciou-se nos dados que quanto ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde apenas 48,88% dos ACS sempre realizam tais funções, o que contrapõe o preconizado na APS, que seria a ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde. Faz-se necessário romper a lógica biologicista e centrada em ações de “cura de doenças” e estimular a concretização das ações de promoção como lógica fundante da APS, incluindo os ACS nesta perspectiva.

A equipe de saúde família deve ser composta no mínimo por Médico, Enfermeiro, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, lembrando que número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, considerando áreas de risco e vulnerabilidade social, de acordo com definição local (BRASIL, 2017). Nesse estudo, os ACS informaram que atendem em média 223 famílias e realizam 218 visitas mensais, o que está de acordo com o preconizado pelo MS.

Os próprios ACS apontaram fragilidades relacionadas aos conhecimentos de suas atividades, 43.06% informaram saber avaliar as condições de saúde da população, 36.45% afirmaram saber avaliar o segmento da prescrição médica, 44.66% referiram saber avaliar hábitos alimentares, 47.93% informam saber avaliar fatores de risco relacionados à saúde, e apenas 35.94% apontaram saber avaliar sinais e sintomas que indiquem a presença de doenças crônicas. Estes percentuais apontam necessidade urgente para a capacitação dos ACS, considerando que estas fazem parte das principais funções que desempenham e aproximadamente 50% deles não se consideram apto a desempenhá-las. O estudo de Alonso, Béguin e Duarte (2018) aponta que os ACS consideram seus conhecimentos insuficientes, apontam necessidade de acesso a conteúdo que aborde temas predominantemente técnico-científicos com foco nos aspectos práticos que possam auxiliá-los no cotidiano de trabalho.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada em 2017, é permitido ao ACS realizar procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar e curativos simples, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados (BRASIL, 2017). Neste estudo apenas 22.27% dos ACS se considerou apto a verificar a Pressão Arterial e apenas 19,9% a verificar a glicemia. O profissional que já exerce suas funções como ACS, terá que passar por treinamento ofertado pelo gestor e se “adaptar” as novas atribuições que estão propostas pela PNAB de 2017.

CONCLUSÕES

A profissão de Agente Comunitário de Saúde, regulamentada em 2002, nos últimos anos tornou-se fundamental para a concretização da Estratégia Saúde da Família, tornando possível que a equipe multiprofissional realize a assistência segundo as necessidades e demandas de acordo com a realidade local.

A pesquisa teve por objetivo identificar o perfil profissão de Agente Comunitário de Saúde, atuação e os principais problemas evidenciados por este profissional na atenção ao adulto com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

O estudo descritivo de abordagem quantitativa, do qual fez parte 230 participantes, permitiu a após análise estatística chegar aos seguintes dados: quanto ao perfil dos profissionais que atuam como profissão de Agente Comunitário de Saúde observamos média de idade de 39 anos, sendo a idade máxima de 65 anos. Em relação ao sexo biológico, o grupo é formado na sua maioria por pessoas do sexo feminino. Quando questionados sobre o preparo para atuar, a maioria informou estar preparado, e o restante dividido entre pouco preparado e com preparo regular. Quanto ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde apenas menos da metade dos ACS sempre realizam tais funções, o que contrapõe o preconizado que seria a ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde.

O estudo permitiu evidenciar potencialidades para a atuação da profissão de Agente Comunitário de Saúde como a elevada escolaridade, o cumprimento do número de visitas às famílias acompanhadas, o maior tempo de atuação como profissão de Agente Comunitário de Saúde e que eles se consideram profissionais da saúde. Porém muitas lacunas foram evidenciadas, principalmente relacionadas a prática de atividades para promoção da saúde, e a necessidade de protocolos para atuação.

Este panorama demonstra preocupação quanto a efetividade das ações desempenhadas e aponta para a premente necessidade de adequação destas condutas. Recomenda-se que gestores de saúde implementem programas efetivos de educação permanente para a capacitação dos ACS e protocolos de atuação, e dar ênfase para a efetivação da nova PNAB.

Este estudo foi de base populacional, o que permite a extrapolação de resultados, porém apresenta o contexto de um município com cerca de 150 mil habitantes. Recomenda-se que novas pesquisas investiguem aspectos macrorregionais para a melhor elucidação do fenômeno.

REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M. do C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. de C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143839>. Acesso em: 24 maio 2018.

BRASIL, **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica – Programa da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

DE BARROS, D. F. *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, Mar. 2010.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2018.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, Apr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100283&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.

LOPES, D. Q. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. esc. enferm. USP**. 2012, vol.46, n.3, p.633-640. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300015>. Acesso em: 24 maio 2018.

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, F. P. dos A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S.A. Produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. vol.47,

n.1, pp.107-114, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100014>. Acesso em: 22 maio 2018.

5.2 MANUSCRITO 02

PROCOLO PARA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE AO ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS²

Resumo: Objetivo: elaborar e validar um protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. **Método:** estudo foi desenvolvido por meio de quatro etapas: 1. elaboração e submissão do projeto de pesquisa com os Agentes Comunitários de Saúde ao Comitê de Ética e Pesquisa 2. Levantamento bibliográfico; 3. Elaboração do protocolo 4. validação do protocolo por especialistas no assunto e representantes do público-alvo. A metodologia aplicada para a seleção dos juízes especialistas e dos representantes do público-alvo foi por amostragem intencional utilizando a técnica bola de neve. Para a validação do protocolo foi utilizado método Índice de Validade de Conteúdo para obter o nível de concordância entre juízes especialista e público-alvo. Para a coleta de dados da validação do protocolo foram utilizado instrumento adaptado a partir Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Resultados:** A avaliação do protocolo de forma geral foi positiva, o Índice de Avaliação de Conteúdo tanto dos juízes especialistas quanto dos representantes do público-alvo foi além do mínimo recomendado em todos os 35 itens avaliados. Criar o protocolo teve como propósito facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus no processo de tratamento e autocuidado. **Conclusão:** A avaliação do protocolo de forma geral foi positiva, o índice de Avaliação de Conteúdo foi além do mínimo recomendado. O protocolo objetiva facilitar e aprimorar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus no processo de tratamento e autocuidado.

Palavras-chave: Protocolo; Agente Comunitário de Saúde; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

² Este artigo é de autoria de Fabiana Medeiros Branco; Vanessa Valgas dos Santos e Juliana Cristina Lessmann Reckziegel.

A Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como a principal porta de entrada do Sistema de Único de Saúde (SUS), se desenvolve por meio de ações individuais e coletivas envolvendo a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, através de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, tendo como estratégia prioritária para sua efetivação o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2017). O trabalho na APS se dá através de equipe multiprofissional, composta minimamente por: Médico, Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 2017).

É na APS que ocorre o envolvimento da equipe multidisciplinar para o atendimento da população, sendo prioritária as ações voltadas para a atenção às pessoas com Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), considerando seu impacto na saúde das populações (BRASIL, 2014). Dentre os profissionais que compõe a equipe está o ACS, que trabalha com a adstrição de indivíduos e famílias, cadastra as pessoas de sua área e assim pode reconhecer prioridades e realizar junto as equipes o planejamento das ações com foco na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), doenças mais prevalentes no panorama das DCNT (BRASIL, 2017). As diretrizes do Ministério da Saúde (MS) enfatizam a importância de envolver o ACS no planejamento e na implementação da assistência (BRASIL, 2013a), sendo que se preconiza que este profissional seja capaz de identificar casos DCNT, dentre outras condições de saúde, e encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência (BRASIL, 2017). Além disto, espera-se que os ACS tenham conhecimentos acerca da rede assistencial para serem capazes de orientar as pessoas quanto aos serviços disponíveis (BRASIL, 2017).

O que se constata nas equipes de APS é que ainda existe a relação de hierarquia de conhecimento, onde teoricamente aquele que possui maior nível de escolaridade é capaz de exercer a profissão com maior reconhecimento (SOUSA; SANTOS; MENDONCA, 2018). Neste cenário o ACS se percebe como o profissional que detém menos poder, e pode se sentir menos preparado para exercer papel de promotor da saúde, por isso é imprescindível a interação e maior integração da equipe a fim de valorizar os saberes de cada profissional (SOUSA; SANTOS; MENDONCA, 2018).

Devido à escassez de material específico para atuação, o ACS tem como opção utilizar-se dos saberes do senso comum e de sua própria experiência para apoiar as diversas dimensões esperadas de seu trabalho (COELHO; VASCONCELLOS; DIAS, 2018), o que pode consistir em problema considerando as demandas crescentes da população e a premente necessidade de qualificação dos serviços prestados.

Frente a este cenário considera-se importante a criação de instrumento de apoio ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, pensando na organização das redes de atenção, no cuidado integral, incluindo a qualificação de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças (BRASIL, 2014). Nesta perspectiva, a criação de um protocolo de atuação para o ACS pode colaborar para a qualificação da atuação, bem como dar apoio às equipes no planejamento de ações de orientações e cuidado ao adulto com HAS e/ou DM.

Para a construção de protocolo, se faz necessário estudos de conceitos e definições atualizados sobre atenção à saúde, objetivando resultados concretos que melhorem a qualidade de vida de cada usuário, pensando na prática por meio do desenho da execução, sendo assim, é necessário que os textos produzidos sejam analisados por profissionais com reconhecida capacidade técnica (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A construção de protocolo, instrumento este considerado legal, possibilita criar material voltado às necessidades de saúde dos territórios onde os profissionais da saúde atuam, considerando suas experiências, buscando soluções mais adequadas às suas realidades, favorecendo a segurança e legitimação da assistência através de ações profissionais dentro dos princípios da prática baseada em evidências (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que o uso de protocolo tende a aprimorar a assistência, uma vez que minimiza a variabilidade de condutas dentro da equipe de saúde, além de favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, lembrando que utilizar o protocolo não anula a autonomia profissional o profissional, uma vez que cada um é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo (PIMENTA *et al.*, 2015).

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral elaborar e validar um protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção ao adulto com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

MÉTODO

Trata-se de estudo metodológico que teve como produto a construção do protocolo de atuação para o ACS frente ao adulto com HAS e/ou DM. Quando se pesquisa sobre como desenvolver um protocolo é difícil encontrar um único percurso com abordagem válida e abrangente, uma vez que existe metodologias que podem ser adaptadas e utilizadas, e cada método tem suas características próprias e deve ser pensando nas especificidades do problema,

aos objetivos e aos propósitos da investigação para construção do protocolo (CATUNDA, *et al.*; 2017).

Este estudo foi desenvolvido a partir dos pressupostos de Echer (2005) por meio de quatro etapas:

1. elaboração e submissão do projeto de pesquisa aos ACS e ao Comitê de Ética e Pesquisa 2. levantamento bibliográfico; 3. elaboração do protocolo 4. validação do protocolo por especialistas no assunto e representantes do público-alvo.

Fizeram parte da pesquisa 230 ACS de um total de 286 que atuam na Atenção Básica em 50 equipes de Saúde da Família cadastradas em 27 Unidades Básicas de Saúde distribuídas no município considerando área urbana e rural. A partir da análise dos dados, foram evidenciados os pontos fortes e fracos relacionados aos conhecimentos e a atuação dos ACS (BRANCO, 2019). Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de ética da Universidade do Planalto Catarinense, sob parecer n. 2.948.249.

2. Levantamento bibliográfico

Complementando os achados da etapa 1 foi realizada busca eletrônica de materiais e protocolos que subsidiassem o desenvolvimento das ações dos ACS relacionadas à HAS e DM. A busca foi realizada em fevereiro de 2019 em sites nacionais e internacionais como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde Brasil, Biblioteca do Ministério da Saúde da Diretoria de Atenção Básica, da Sociedade de Cardiologia, Sociedade Hipertensão, Sociedade Diabetes, e na base de dados do Portal Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico. Foi utilizada a seguinte sintaxe de descritores: ((“protocolos” OR “protocols”) AND (“agentes comunitários de saúde” OR “Community Health Workers” OR “Agentes Comunitarios de Salud”) AND (“Hipertensão” OR “Hipertensión” OR “Hypertension”) AND (“Diabetes Mellitus”)). Após leitura do material encontrado foi identificado apenas quatro publicações que trazem informações acerca da atuação do ACS, porém de forma breve e sucinta com relação a HAS e DM, conforme descrição no quadro 1:

Quadro 01: Seleção das publicações encontradas no primeiro levantamento bibliográfico conforme descrição. Lages, 2019.

Publicação	Autor/Ano	Orientações sobre HAS e/ou DM
O trabalho do agente comunitário de saúde	BRASIL, 2009a	Orienta cadastro das pessoas com diagnóstico médico estabelecido e acompanhamento
Guia prático do agente comunitário de saúde	BRASIL, 2009b	Breve conceito sobre a doença, fatores de risco e algumas poucas e sucintas orientações para pacientes com diagnósticos ou fatores de risco para desenvolver a doença descritos em 6 páginas.
Guia do ACS - O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas	SILVA; DIAS, 2012	Orienta sobre o acompanhamento sem descritivo de como realizá-lo;
Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos	MARTELETO; DAVID, 2014	Orienta sobre o acompanhamento sem descritivo de como realizá-lo;

Fonte: Busca em bases de dados, 2019.

3.Elaboração do protocolo

A partir do levantamento bibliográfico e após leitura reflexiva do material encontrado foi iniciada a construção do protocolo levando em consideração as atribuições do ACS. Se pensou em itens a compor este material que de forma prática possam ser utilizados por estes profissionais em suas atividades diárias qualificando seu trabalho. Assim, emergiu a necessidade de recolher informações documentais acerca dos itens específicos que fariam parte do protocolo. Para tal, nova busca foi realizada em junho de 2019 utilizando os seguintes descritores de forma combinada ou isolada: “protocolo”, “agentes comunitários de saúde”, “hipertensão” e “diabetes mellitus”, nas bases de dados já citadas, porém com objetivo da procura de materiais que subsidiassem a construção do protocolo. Durante a busca os materiais encontrados passaram por leitura prévia, dando preferência para os mais recentes, selecionando por fim 16 publicações descritas no quadro 2 a seguir:

Quadro 02: Seleção das publicações encontradas no segundo levantamento bibliográfico conforme descrição. Lages, 2019.

Ano de publicação	Tipo de obra	Autoria	Título
2004	Lei	BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).	RDC no306, de 7 de dezembro de 2004.
2009b	Caderno	Brasil, Ministério da Saúde	Guia prático do agente comunitário de saúde

2009a	Caderno	Brasil, Ministério da Saúde	O trabalho do agente comunitário de saúde
2013a	Caderno	Brasil, Ministério da Saúde	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.
2013b	Caderno	BRASIL. Ministério da Saúde	Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.
2013c	Caderno	BRASIL. Ministério da Saúde	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus
2014	Caderno	BRASIL. Ministério da Saúde.	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.
2016	Caderno	MARAFON D.; SOUZA L.C.; WEISHEIMER P. A.	Hipertensão arterial: caderno informativo para agentes comunitários de saúde.
2016	Diretriz	SOCIEDADE BRASIELIRA DE CARDIOLOGIA	7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.
2017	Diretriz	SOCIEDADE BRASIELIRA DE DIABETES	Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017- 2018.
2017	Portaria	BRASIL. Ministério da Saúde.	Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017.
2018	Artigo	SOLBIAT, V. P. <i>et al.</i>	Adesão ao tratamento para prevenir agravos relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes.
2018	Diretriz	WILLIAMS, B. <i>et al.</i>	Diretrizes para o manejo da hipertensão arterial.
2018	Lei	BRASIL	Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018.
2019	Diretriz	AMERICAN DIABETES ASSOCIATION	Standards of Medical Care in Diabetes
2006	Caderno	BRASIL. Ministério da Saúde.	Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Com base no material selecionado foi definido a estrutura do protocolo iniciando com a introdução, que de forma breve, contextualiza o ACS acerca do material elaborado, aponta a definição de HAS e DM bem como complicações relacionadas a estas patologias, em seguida traz as atribuições do ACS conforme legislação vigente (BRASIL 2017; BRASIL 2018). A apresentação segue em forma de quadros com duas colunas sendo em um primeiro momento focado em suas atribuições e depois apresenta possibilidade de ações, sempre indicando a justificativa, para direcionar o profissional nas principais situações encontradas durante a atuação frente ao adulto com HAS e/ou DM. Teve-se também cuidado com a escrita do protocolo, para que fornecesse informações reais, atrativas e significativas em linguagem acessível para ser utilizado pelo profissional de saúde independentemente do grau de instrução.

4. Validação do protocolo por especialistas no assunto e representantes do público-alvo

A validação do protocolo é uma etapa importante da construção pois é onde acontece a avaliação do material elaborado oportunizando um momento de aprendizado e sugestões. A validação foi realizada por juízes especialistas no assunto e por representantes do público-alvo conforme modelo de Echer (2005). Quanto ao número de avaliadores há controvérsias e a recomendação é que seja de seis a vinte sujeitos participando desse processo, sendo composto por um mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar (ALEXANDRE; COLUC, 2011).

A metodologia aplicada para a seleção dos juízes especialistas e dos representantes do público-alvo foi por amostragem intencional utilizando a técnica bola de neve (LEE; SPRATLING, 2019; BALDIN, MUNHOZ; 2011). Este método permite escolher o primeiro participante da pesquisa levando em consideração as características exigidas pelo estudo, e a partir daí este participante indica novo participante que por sua vez indica outro e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto ou ponto de saturação (LEE; SPRATLING, 2019; BALDIN, MUNHOZ; 2011).

Para a escolha dos juízes especialistas foi exigido critérios como ter no mínimo: experiência profissional de dois anos na APS ou estar atuando na APS ou que tenha desenvolvido atividades de ensino ou pesquisa na área. Os representantes do público-alvo foram selecionados considerando o equivalente a 10% dos participantes da etapa 1, ou seja, 23 ACS, e teve como critério de inclusão possuir no mínimo dois anos de experiência na profissão. O critério de exclusão, em ambas as situações, foi o profissional não aceitar participar da validação. Para a coleta de dados desta etapa 4, foi utilizado o mesmo instrumento para os dois grupos de avaliadores (APÊNDICE C), questionário adaptado a partir do Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) proposto por Leite *et al.* (2018). O instrumento de validação foi dividido em três tópicos: primeira parte dados sociodemográficos (direcionado para os juízes especialistas ou público-alvo ACS), segunda parte os três domínios: objetivos, estrutura/apresentação e relevância, terceira parte avaliação dos itens do quadro de atribuições e orientações totalizando 35 itens e finaliza com espaço para sugestões.

Tendo como base a resolução 466/2012 que embasa a pesquisa com seres humanos, cada participante da etapa de validação recebeu o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), que autoriza a participação no estudo bem como a utilização dos dados obtidos e Instrumento de Validação do Protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ao adulto com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Lembrando que as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo.

Para a validação do protocolo foi utilizado método IVC (Índice de Validade de Conteúdo) para obter o nível de concordância entre juízes especialista e público-alvo. Este método mede a proporção de avaliadores que estão em concordância sobre determinados aspectos do protocolo e de seus itens (ALEXANDRE; COLUC, 2011). Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro, as respostas podem incluir: 1. Discordo totalmente: conduta inadequada que necessita ser suprimida ou desnecessária; 2. Discordo: conduta que necessita de alguma correção e\ou reformulação; 3. Concordo: conduta correta; 4. Concordo totalmente: conduta correta sem necessidade de qualquer acréscimo (ALEXANDRE; COLUC, 2011).

Ao final da coleta de dados da etapa 4, os dados obtidos foram compilados e por meio do *Excel* e apresentados em quadros e tabelas. Realizou-se a análise individual dos questionários, bem como análise de cada um dos três tópicos de avaliação propostos, registrando as justificativas de cada item, sintetizando os principais pontos a serem discutidos conforme a literatura pertinente para se checar concordância entre os avaliadores.

Para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80 (LEITE *et al*, 2018; ALEXANDRE; COLUC, 2011). O escore do IVC foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "3" ou "4" pelos juízes especialista e representantes do público-alvo, dividida pelo número total de respostas. Além da escala *Likert*, cada item possuía a possibilidade de avaliação qualitativa onde o parecerista poderia emitir sugestões. Todas as sugestões foram avaliadas separadamente, e os itens que receberam nota "1" ou "2" foram revisados seguindo as diretrizes recomendadas (LEITE *et al*, 2018; ALEXANDRE; COLUC, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para etapa de validação do protocolo foram selecionados 12 juízes especialistas, sendo 03 profissionais de cada categoria: enfermeiro, médico, odontólogo e psicólogo. E como representantes do público-alvo 23 ACS (10% da amostra inicial da etapa1).

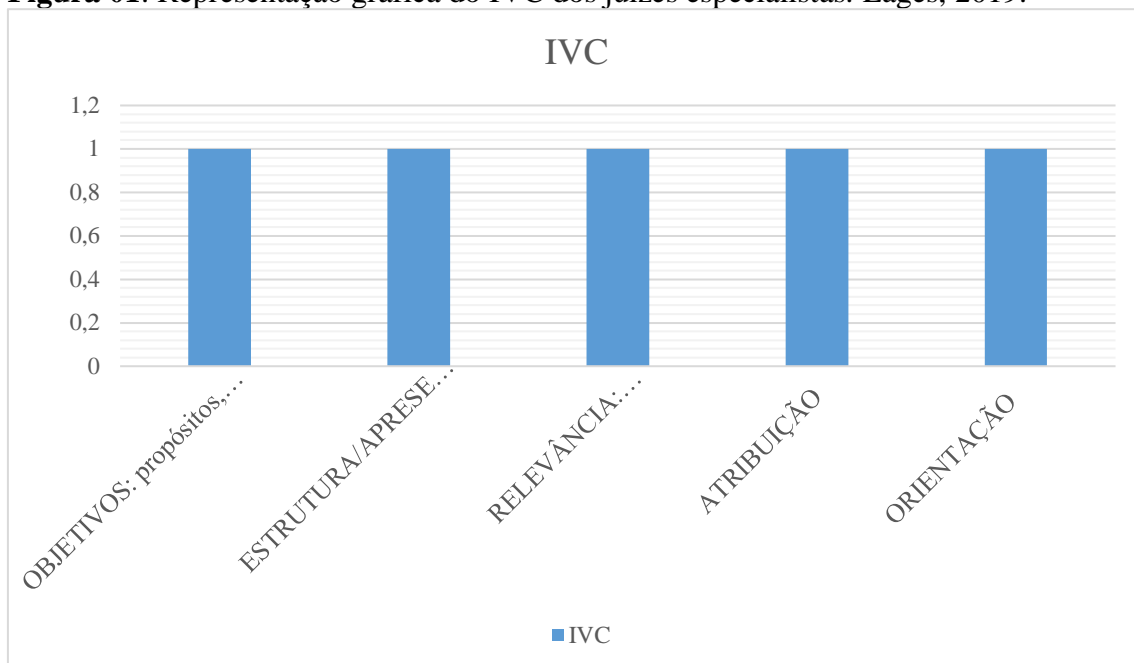
Dos 23 ACS representantes do público-alvo, verificou-se que somente 01 participante era do sexo masculino, a média de idade foi de 35 anos variando de 22 a 59 anos e a média de tempo de experiência como ACS foi de 7,4 anos variando de 02 a 12 anos. Quanto a formação 09 ACS (39%) possuem ensino fundamental completo, 03 (13%) curso técnico, 07 (30%) cursando ensino superior e 04 (17%) ensino superior completo. Quando se busca sobre as

exigências de escolaridade para ACS ingressante antes de 2018, a orientação é de que não é necessário a conclusão do ensino fundamental se o ACS estava exercendo atividades em 5 de outubro de 2006, e do ensino médio se estivesse exercendo as atividades na data de publicação Lei nº 13.595/2018 (BRASIL, 2018). Merece destaque o fato de 61% dos ACS pesquisados possuírem formação além da exigida para sua atuação.

Quanto aos juízes especialistas a média de tempo de experiência na APS foi de 07 anos, sendo que 11 profissionais possuem especialização em APS sendo 08 na modalidade Residência em Saúde da Família, e entre os 12 pesquisados 05 responderam que já desenvolveu ou está desenvolvendo atividades de ensino ou pesquisa na área APS. Verificou-se que 01 pesquisado possui doutorado, 05 possuem título de mestrado, sendo 04 na área interdisciplinar. A média de idade foi de 33 anos variando de 24 a 56 anos, 11 são do sexo feminino, e quanto ao tempo de formação a média foi 10,5 anos variando de 02 a 23 anos.

Foi realizado a avaliação do IVC dos três domínios: objetivos, estrutura/apresentação e relevância, e depois avaliação dos itens do quadro de atribuições e orientações totalizando 35 itens. A seguir resultado do IVC dos juízes especialistas:

Figura 01: Representação gráfica do IVC dos juízes especialistas. Lages, 2019.



De acordo com o gráfico 01 apresentado, todos os domínios obtiveram IVC igual a 1, indicando ótimo nível de concordância entre os especialistas considerando-se, assim, a cartilha validada por este público. As sugestões apontadas pelos juízes especialistas bem como as modificações realizadas em cada item estão sintetizadas no quadro a seguir:

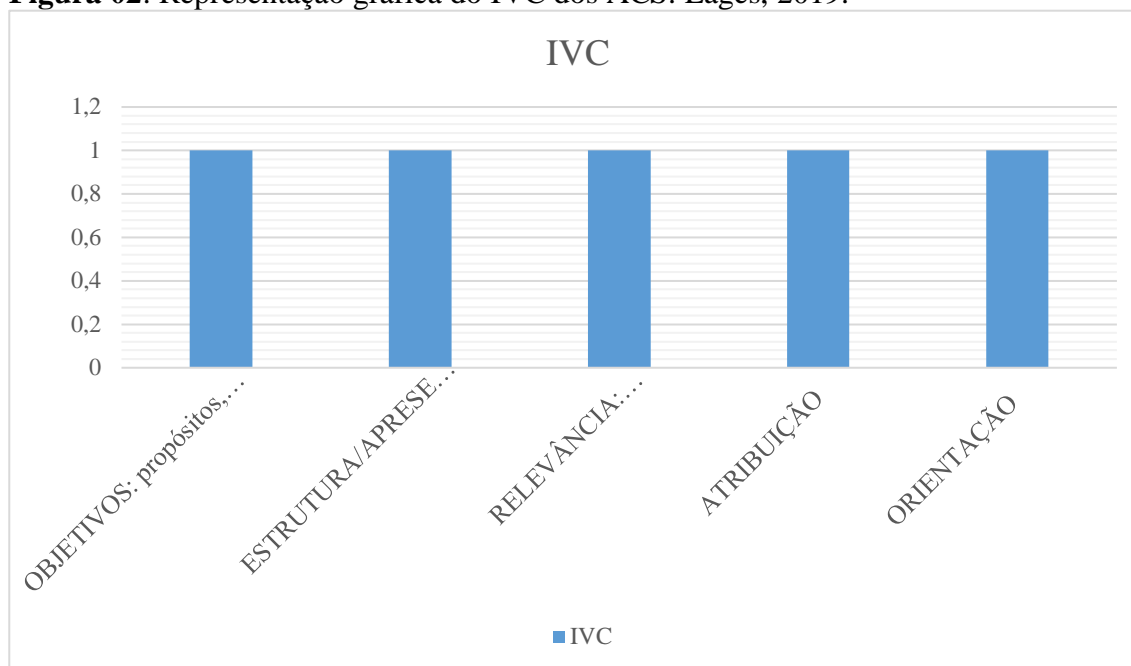
Quadro 03: Sugestões apontadas pelos juízes especialistas e modificações realizadas no protocolo. Lages, 2019.

Item avaliado pelos juízes especialistas	Sugestões apontadas	Modificações realizadas
3) Verificar medicamentos prescritos (quantidade suficiente, uso conforme prescrição)	Reavaliar escrita, deixar mais claro, colocar como auxiliar	Solicitar ao paciente que verifique medicamentos prescritos (quantidade suficiente, uso conforme prescrição), auxiliar nesta ação quando necessário
2) Estimular a adoção de alimentação saudável Dieta hipossódica (Alimentação com pouco de sal) Baixa ingestão de carboidratos (Reduzir o consumo de pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão batata e grãos, leite, açúcar, mel e alimentos que contém açúcar (BRASIL, 2013c).	Sobre o sal, ver necessidade de falar da quantidade	Retirado a quantidade e mantido somente o termo hipossódico
7) Estimular a redução do estresse	abordagem sobre a importância de atividades de lazer (redução do estresse) para doenças crônicas. Lazer enquanto atividade simples e prazerosa do dia-a-dia que distrai, diverte, relaxa e, portanto, influencia no controle do estresse	Orientar sobre a importância de atividades de lazer para controle do estresse.
8) Orientar sobre a verificação da pressão arterial e glicemia conforme recomendação da equipe de saúde Observação: somente após treinamento específico e sob supervisão de profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, o ACS poderá em caráter excepcional e diante da disponibilidade de equipamento necessário verificar pressão arterial e glicemia capilar de pacientes de sua base geográfica de atuação (BRASIL, 2017)	Linguagem técnica em alguns momentos inacessível para ACS; Esclarecer que o ACS não pode verificar PA; Reavaliar escrita, deixar mais claro	Acrescentado observação: somente após treinamento específico e sob supervisão o ACS poderá verificar pressão arterial e glicemia capilar de pacientes de sua base geográfica de atuação (BRASIL, 2017)
13) Orientar sobre o descarte de medicamentos vencidos	Reavaliar escrita, deixar mais claro. Talvez retirar a classificação do resíduo	Medicamentos vencidos devem ser encaminhados até a UBS para o descarte adequado (BRASIL, 2004) Após o término do prazo de validade, alguns medicamentos perdem sua eficácia no tratamento, porém, se utilizados

		podem causar danos à saúde e se descartadas no meio ambiente podem ocasionar contaminação da água, solo e de animais (BRASIL, 2004).
Sugestões	Realizar uma versão interativa e com figuras ilustrativas para ser disponibilizado em PDF ou até em forma de aplicativo	
Sugestões	De maneira geral o protocolo está bem estruturado e fundamentado. Apenas sugiro que os autores considerem a possibilidade de deixar o texto dos quadros um pouco mais direto. Talvez as justificativas poderiam ter mais tópicos (até mesmo avaliar se elas são necessárias nos quadros ou poderiam estar no texto). Ainda algumas informações se repetem, acho que é possível deixá-lo mais enxuto. Parabéns pela proposta	Realizada revisão dos quadros retirando informações repetidas.

Fonte: Autor (2020).

Os ACS também realizaram a avaliação do IVC dos três domínios do instrumento: objetivos, estrutura/apresentação e relevância, e depois avaliação dos itens do quadro de atribuições e orientações totalizando 35 itens avaliados. A seguir resultado do IVC dos ACS representantes do público-alvo:

Figura 02: Representação gráfica do IVC dos ACS. Lages, 2019.

Conforme gráfico 02, todos os domínios obtiveram IVC igual a 1, indicando ótimo nível de concordância entre os avaliadores, considerando-se assim, a cartilha validada pelos representantes do público-alvo. As sugestões apontadas pelos ACS bem como as modificações realizadas em cada item estão sintetizadas no quadro a seguir:

Quadro 04: Sugestões apontadas pelos ACS e modificações realizadas no protocolo. Lages, 2019.

Item avaliado pelos juízes especialistas	Sugestões apontadas	Modificações realizadas
8) Orientar sobre a verificação da pressão arterial e glicemia conforme recomendação da equipe de saúde Observação: somente após treinamento específico e sob supervisão de profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, o ACS poderá em caráter excepcional e diante da disponibilidade de equipamento necessário verificar pressão arterial e glicemia capilar de pacientes de sua base geográfica de atuação (BRASIL, 2017)	Deixar claro que o ACS sem treinamento não pode verificar pressão arterial e glicemia	Observação: somente após treinamento específico o ACS poderá verificar pressão arterial e glicemia capilar de pacientes de sua base geográfica de atuação (BRASIL, 2017)
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência 15) Tamanho do texto adequado	Resumir um pouco, menos conteúdo	Realizado revisão e resumo

	Tentar resumir	
Sugestões	<p>Ótimo texto contendo todas as informações necessárias, uma sugestão é resumir o texto, deixando-o mais curtos, tornando a leitura menos cansativa</p> <p>Um pouco extenso, mas bem explicado, gostei para nós ACS, ter um explicativo desse, no uso diário para quando necessário saber orientar corretamente o paciente</p>	Realizado revisão e resumo

A avaliação do protocolo de forma geral foi bem positiva, o IVC tanto dos juízes especialistas quanto dos representantes do público-alvo (ACS), foi além do mínimo recomendado em todos os 35 itens avaliados. Os materiais educativos devem ser avaliados antes de sua utilização, por isso a importância da validação de seu conteúdo pela população-alvo, que neste caso são os ACS. Este processo permite avaliar sua representatividade ao abordar o universo a que se propõe e, ainda, medir ou registrar a ausência de elementos desnecessários (LEITE *et al*, 2018).

Criar o protocolo teve como propósito facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação ao adulto com HAS e /ou DM no processo de tratamento e autocuidado. Enquanto material educativo e instrutivo o protocolo facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas, com vistas ao cuidado em saúde além de auxiliar no sentido de melhor entender o processo de saúde-doença e trilhar os caminhos da recuperação (ECHER, 2005). Segue versão do protocolo finalizada após as sugestões dos avaliadores:

PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE AO ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS

APRESENTAÇÃO

Caro Agente Comunitário de Saúde (ACS), apresentamos a você um protocolo para a atenção ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM). Seu objetivo, enquanto protocolo, é nortear suas ações do dia a dia, fundamentadas em

conhecimentos científicos, e oferecer subsídios para o desenvolvimento de um trabalho efetivo dando ênfase às orientações aos adultos que já possuem diagnóstico médico de HAS e/ou DM.

Seu formato foi estruturado por meio de quadros explicativos (atribuição/ação e justificativa) para facilitar a leitura e o manuseio auxiliando no esclarecimento de dúvidas de forma objetiva. O conteúdo está atrelado diretamente às atribuições dos ACS, principalmente com relação aos temas que deve abordar durante as visitas domiciliares e nos atendimentos realizados nas Unidades de Saúde e demais espaços da comunidade.

DEFINIÇÃO DE HAS E SUAS COMPLICAÇÕES:

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como “condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), 2016, p. 19).

O coração funciona como uma bomba, através das artérias manda o sangue rico em oxigênio para os órgãos do nosso corpo e as veias recolhem o sangue pobre em oxigênio e rico em gás carbônico devolvendo-o para o coração (MARAFON; SOUZA; WEISHEIMER; 2016). Quando o sangue é bombeado, ele exerce uma força na parede das artérias chamada de pressão arterial. A pressão arterial sistólica (PAS) ocorre quando o coração contrai, e Pressão Arterial Diastólica (PAD) ocorre quando o coração relaxa, assim a HAS acontece quando a parede das artérias do corpo estão resistentes à passagem do sangue em seu interior e apresentam persistência de valores maiores ou iguais a 140 mmHg por 90 mmHg (popularmente “14 por 9”) (MARAFON; SOUZA; WEISHEIMER; 2016).

Com o progressivo envelhecimento populacional a HAS torna-se mais comum, pois as pessoas adotam estilos de vida sedentários, apresentam ganho de peso, elevado consumo de alimentos gordurosos e processados, além do consumo excessivo de sal. A estimativa é que o número de pessoas com hipertensão arterial sistêmica aumentará de 15 a 20% até 2025 (WILLIAMS, 2018). HAS é considerada causa direta de cardiopatia hipertensiva, além de representar fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose (depósito de gorduras nas paredes dos vasos sanguíneos) e trombose (ocorrência de coágulos no interior de veias), principalmente nos membros inferiores (SBC, 2016). Estes coágulos se liberados na corrente sanguínea formam êmbolos que podem ocluir veias ou artérias em outras partes no corpo, por exemplo, no cérebro, causando um acidente vascular cerebral. As complicações da HAS

predominantemente são: doença isquêmica cardíaca, acidente vascular cerebral, doenças nos vasos sanguíneos periféricos e problemas nos rins (BRASIL, 2013c).

DEFINIÇÃO DE DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus (DM) é conceituado como “distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2017, p.24). É uma doença que acontece quando o organismo produz pouca ou nenhuma insulina (hormônio responsável pela redução da taxa de glicose no sangue) (BRASIL, 2009b).

A confirmação do diagnóstico de DM requer avaliação clínica e realização de exames laboratoriais, sendo que exame de glicose de jejum com valor abaixo de 100 mg/dl é considerado normal, entre 100 e 126 mg/dl é considerado pré-diabetes e valor maior ou igual a 126 mg/dl caracteriza-se como diabetes estabelecido (SBD, 2017).

Quanto à classificação do DM, temos:

- O DM Tipo 1, de etiologia autoimune ou idiopática, é descrito pela ocorrência de lesão nas células beta do pâncreas, com conseqüente prejuízo na produção de insulina. Esse tipo de diabetes ocorre com maior frequência em pessoas com história familiar de DM, considerando o cunho hereditário, sendo manifestado com maior frequência em crianças ou em adultos jovens (SBD, 2017).
- O DM Tipo 2, é caracterizado pela redução progressiva de secreção insulínica pelas células Beta do Pâncreas, combinada com a ocorrência de resistência à insulina. Tem como fatores de risco para DM2: história familiar da doença, o avançar da idade, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional (DMG) e presença outras doenças como HAS e dislipidemia (SBD, 2017).
- O DM gestacional, caracteriza-se como ocorrência de intolerância à glicose no período gravídico (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2019).

O DM tem como complicações distúrbios microvasculares e macrovasculares, que resultam em retinopatia (lesões não inflamatórias da retina ocular), nefropatia (Doença renal), neuropatia (transtorno/distúrbio neurológico, problemas no funcionamento dos nervos), doença coronariana (doenças do coração), doença cerebrovascular (disfunções cerebrais relacionadas

com a doença dos vasos sanguíneos que fornecem sangue ao cérebro) e doença arterial periférica (estreitamento e endurecimento das artérias que transportam o sangue para os membros inferiores), além de contribuir para agravos no sistema musculoesquelético, digestório, na função cognitiva e na saúde mental, e diversos tipos de câncer (SBD, 2017).

ATRIBUIÇÃO DO ACS FRENTE AO ADULTO COM HAS E/OU DM

Enquanto integrante da equipe de saúde a atuação do ACS acontece por meio de atividades para promoção da saúde e prevenção de doenças em visitas domiciliares, na unidade de saúde ou nos demais espaços da comunidade, podendo acontecer durante atividades coletivas ou atendimento individual (BRASIL, 2017).

Atualmente o que se tem de legislação para amparar o profissional ACS é a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017), a qual determina suas atribuições, e a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, que dispõe sobre a reformulação das atribuições do ACS (BRASIL, 2018).

A seguir será apresentado a descrição das atribuições do ACS relacionadas ao adulto com HAS e/ou DM, conforme legislação vigente (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018) bem como a justificativa para cada item:

Quadro 05: Descrição das atribuições do ACS com justificativa.

Item	Atribuição	Justificativa
1)	Identificar adultos com HAS e DM na sua área de atuação e manter os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente no município	<p>É atribuição do ACS trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, com o objetivo de priorizar as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2017).</p> <p>Adultos com HAS e/ou DM só devem ser cadastrados nestas condições após diagnóstico médico estabelecido, para então ser acompanhado pelo ACS com relação a estas patologias (BRASILa, 2009).</p> <p>As visitas domiciliares são realizadas com periodicidade (semanal, quinzenal ou mensal) estabelecida no planejamento da equipe e</p>

		conforme as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017).
2)	Verificar junto a equipe presença nas consultas de rotina, bem como a frequência da realização destas consultas e realizar busca ativa de faltosos	<p>É atribuição do ACS informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados bem como fazer busca ativa (PNAB, 2017).</p> <p>A consulta de avaliação inicial do adulto com diagnóstico de HAS e/ou DM deverá ser realizada pelo médico da UBS. O número de consultas e de atendimento para usuário deve considerar a estratificação de risco específica para cada doença (BRASIL, 2013a).</p> <p>A frequência das consultas de acompanhamento poderá ser intensificada até que se obtenha adesão às orientações e melhores resultados, destaca-se que na atenção básica o atendimento de acompanhamento pode ser realizado por médico ou enfermeiro (BRASIL, 2013b).</p> <p>A consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde (BRASIL, 2013c). Importante destacar que o acompanhamento dos pacientes com HAS e/ou DM poderá ocorrer em consultas individuais, coletivas ou em grupos operativos, de acordo com a realidade do serviço de saúde e das necessidades da pessoa durante o processo de mudança nos hábitos alimentares para o controle adequado do peso, da glicemia e da pressão arterial até o momento em que a pessoa alcance a meta final pactuada (Brasil, 2013c).</p>
3)	Solicitar ao paciente que verifique medicamentos prescritos (quantidade suficiente, uso conforme prescrição), auxiliar nesta ação quando necessário.	<p>É atribuição do ACS a orientação e o apoio aos usuários para a correta administração de medicação (BRASIL, 2018).</p> <p>Perguntar se o adulto com HAS e/ou DM tem os medicamentos prescritos e se está tomando com regularidade, vale ressaltar que durante o tratamento poderão ser utilizados um ou mais medicamentos, de acordo com a necessidade (SBC, 2016).</p> <p>No DM o tratamento medicamentoso poderá ser prescrito uso de antidiabéticos orais</p>

		(comprimidos) ou insulinoterapia combinados (SBD 2017). Boa parte das complicações relacionadas as doenças crônicas não transmissíveis estão relacionadas a dificuldade na adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento ocorre em apenas de 20% dos casos, por isso a importância de se verificar sobre a utilização correta dos medicamentos conforme prescrição (BRASIL, 2013c).
4)	Informar a equipe dificuldades relacionadas ao tratamento	Se houver dificuldades relacionadas a adesão ao tratamento medicamentoso ou comportamental (tais como a alimentação adequada, prática de atividade física, controle de peso, suspensão do tabagismo e álcool ou redução do estresse) bem como dificuldades com relação às orientações da equipe de saúde, recomenda-se informar à equipe quais são e planejar ações de enfrentamento. A equipe deve estimular e empregar procedimentos de colaboração entre elas e as pessoas, na busca do autocuidado apoiado como uma relação de diálogo (BRASIL, 2014).

ORIENTAÇÕES DO ACS AO ADULTO COM HAS E/OU DM

A PNAB traz como atribuição para o ACS enquanto integrante da equipe realizar orientações de atenção à saúde previstas em protocolos, na lógica da atenção integral à saúde da população adscrita, uma vez que é responsável por cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados nos sistemas de informação, priorizando as situações a serem acompanhadas (BRASIL, 2017).

A seguir será apresentado possibilidades de ações para execução do ACS, bem como justificativa para cada item que fundamente sua atuação:

Quadro 06: Ações para execução do ACS com justificativa

Item	Ação	Justificativa
1)	Explicar a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e comportamental (tais como a alimentação adequada, prática de	HAS e DM são condições crônicas, ou seja, não podem ser curadas, mas podem ser controladas e para que isso aconteça se faz necessário a mudança no estilo de vida.

	<p>atividade física, peso adequado suspensão do tabagismo e álcool, redução do estresse) bem como orientações da equipe de saúde</p>	<p>Adotando hábitos saudáveis, seguir o tratamento medicamentoso que é prescrito pelo médico de acordo com as necessidades de cada pessoa e também as orientações da equipe de saúde (MARAFON; SOUZA; WEISHEIMER; 2016).</p> <p>Sabe-se que somente a adesão tratamento farmacológico não é eficaz para o controle da HAS e do DM. Assim, o paciente deve ser orientado sobre a necessidade da prática de exercícios físicos e alimentação balanceada como parte do tratamento (SOLBIAT, 2018).</p> <p>Existe a necessidade de mudanças do estilo de vida por meio de adoção de medidas não farmacológicas (tais como a alimentação adequada, prática de atividade física, peso adequado suspensão do tabagismo e álcool, redução do estresse) (SBD, 2017).</p>
2)	<p>Estimular a adoção de alimentação saudável</p> <p>Dieta hipossódica (Alimentação com pouco sal)</p> <p>Baixa ingestão de carboidratos (Reduzir o consumo de pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão batata e grãos, leite, açúcar, mel e alimentos que contém açúcar (BRASIL, 2013c).</p>	<p>Orientar a adoção de um plano alimentar saudável e sustentável, pois dietas radicais geralmente tem baixa adesão (SBC, 2016).</p> <p>A principal restrição alimentar é focada no sódio e carboidratos (SOLBIAT, 2018).</p> <p>Pensando na diminuição do risco cardiovascular, a dieta hipossódica é indicada tanto para pacientes com HAS e/ou DM (SBD, 2017; SBC, 2016).</p> <p>O controle na ingestão de carboidrato auxilia no controle glicêmico e pode prevenir as complicações crônicas relacionadas ao DM além de contribuir para o controle do peso, que se correlaciona com redução da PA e melhora metabólica (SOLBIAT, 2018).</p> <p>Discuta junto à equipe sobre as melhores orientações acerca da alimentação de cada paciente, considerando seu contexto social e cultural, além das demandas de cada doença. Pode ser sugerido como leitura complementar a publicação do Ministérios da Saúde: Dez passos para uma alimentação saudável, material com orientação nutricional direcionado às pessoas com doenças crônicas disponível no caderno Estratégias para o</p>

		cuidado da pessoa com doença crônica de 2014.														
3)	Orientar sobre o controle do peso	<p>O excesso de peso se dá quando a pessoa tem peso corporal maior do que é orientado para a sua altura (SOLBIAT, 2018).</p> <p>O DM tipo 2 está mais presente em pacientes com sobrepeso ou obesidade, pois o excesso de peso acaba causando resistência à insulina (ADA, 2019).</p> <p>Sobrepeso e obesidade também estão associados à HAS (WILLIAMS, 2018).</p> <p>O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para essa avaliação, calculado dividindo o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado:</p> $\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura x Altura (m)}}$ <p>Utilize a classificação a seguir para a avaliação do IMC:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IMC</th> <th>Classificação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>menor que 18,5</td> <td>baixo peso</td> </tr> <tr> <td>entre 18,5 e 24,9</td> <td>intervalo normal</td> </tr> <tr> <td>entre 25 e 29,9</td> <td>Sobrepeso</td> </tr> <tr> <td>entre 30 e 34,9</td> <td>obesidade classe I</td> </tr> <tr> <td>entre 35 e 39,9</td> <td>obesidade classe II</td> </tr> <tr> <td>maior que 40</td> <td>obesidade classe III</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: Brasil, 2006.</p>	IMC	Classificação	menor que 18,5	baixo peso	entre 18,5 e 24,9	intervalo normal	entre 25 e 29,9	Sobrepeso	entre 30 e 34,9	obesidade classe I	entre 35 e 39,9	obesidade classe II	maior que 40	obesidade classe III
IMC	Classificação															
menor que 18,5	baixo peso															
entre 18,5 e 24,9	intervalo normal															
entre 25 e 29,9	Sobrepeso															
entre 30 e 34,9	obesidade classe I															
entre 35 e 39,9	obesidade classe II															
maior que 40	obesidade classe III															
4)	Estimular a realização de atividade física regular	<p>A atividade física quando praticada de forma regular auxilia no controle da glicemia e tem resultado positivo no tratamento da HAS além de contribuir para redução do risco cardiovascular e controle do peso corporal (SOLBIAT, 2018).</p> <p>A atividade física deve ser incentivada para toda a população orientando que a princípio não há necessidade de exame prévio, a não ser que durante a execução da atividade sentir</p>														

		<p>algum desconforto, aí se faz necessário procurar orientação médica (SBC, 2016).</p> <p>O recomendado é atividade física moderada, como por exemplo caminhar rápido, 5 a 7 dias por semana por pelo menos 30 minutos (SBD, 2017; WILLIAMS, 2018).</p> <p>A atividade física regular tem efeito benéfico em vários aspectos: melhora da capacidade cardiorrespiratória, da composição corporal (diminuição de massa gorda e aumento de massa magra) além de promoção do bem-estar psicossocial (SBD, 2017).</p> <p>Cuidados com os pés na atividade física são fundamentais para indivíduos com DM: tênis adequado, eventualmente com uso de palmilhas especiais (se indicado) e meias apropriadas (sem costura interna), a fim de manter os pés confortáveis e secos, especialmente naqueles com neuropatia diabética (pode estar relacionada com perda de sensibilidade protetora nos pés), importante examinar os pés antes e depois dos exercícios, atentando para o surgimento de bolhas (SBD, 2017). A alteração do fluxo dos capilares sanguíneos, oxigenação e resposta inflamatória que torna os pacientes diabéticos mais suscetíveis a lesões e infecções (SBD, 2017).</p>
5)	Orientar cuidados com os pés de adultos com DM	<p>Orientar a prevenção, por meio do exame frequente dos pés de pessoas com DM, que pode ser realizado pelo médico ou pela enfermeira da atenção primária e também pelo próprio paciente, lembrando que o autocuidado deve ser estimulado pois faz parte das ações de prevenção de úlcera (ferida) nos pés (BRASIL, 2013c).</p> <p>Deve-se ficar atento e procurar atendimento da equipe da saúde se apresentar sinais como vermelhidão, formigamento, perda da sensibilidade, sensação de queimação, dor em repouso que piora com exercício ou elevação do membro inferior, pois estes sinais podem estar relacionados a complicações (BRASIL, 2013c).</p>

6)	Estimular a redução do tabagismo ou seu abandono	<p>É recomendando o abandono do tabagismo, tanto para pacientes com HAS e/ou DM, pois fumantes ativos ou passivos têm um risco elevado de Doença Cardiovascular, morte precoce e pior controle glicêmico quando comparado com pessoas não-fumantes (WILLIAMS, 2018; ADA, 2019).</p> <p>O tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças e o abandono do tabagismo está associado a uma redução de 30% do risco de mortalidade global (SBD, 2017; SBC, 2016).</p>						
7)	Estimular a redução do estresse	<p>As práticas de gerenciamento de estresse apontam a importância da psicoterapia e das práticas de técnicas de meditação e relaxamento no tratamento da HAS, é comprovado a redução da pressão arterial quando essas técnicas são realizadas separadamente ou em conjunto (SBC, 2016).</p> <p>Orientar sobre a importância de atividades de lazer para controle do estresse.</p> <p>O estresse pode ter efeito sobre a ação da insulina levando a hiperglicemia e pode causar o aumento da HAS (BRASIL, 2013c).</p>						
8)	<p>Orientar sobre a verificação da pressão arterial e glicemia conforme recomendação da equipe de saúde</p> <p>Observação: somente após treinamento específico e sob supervisão o ACS poderá verificar pressão arterial e glicemia capilar de pacientes de sua base geográfica de atuação (BRASIL, 2017)</p>	<p>Quando recomendado a medição residencial da pressão arterial pode ser utilizada como instrumento auxiliar no diagnóstico da HAS, podendo ser realizadas por equipamento semi-automático do próprio paciente ou aparelho do serviço de saúde, lembrando que o paciente será orientado pelo profissional de saúde que realizou a consulta sobre como proceder o controle e por quanto tempo (SBC, 2016).</p> <p>Valores de referência segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016):</p> <table border="1" data-bbox="746 1733 1318 1850"> <tr> <td>Pressão normal</td> <td>≤ 120/80 mmHg</td> </tr> <tr> <td>Pré-hipertensão</td> <td>121-139/81-89 mmHg</td> </tr> <tr> <td>Hipertensão</td> <td>≥ 140/90 mmHg</td> </tr> </table> <p>A monitorização da glicemia capilar diariamente por indivíduos com DM1 de qualquer faixa etária traz grandes benefícios, por diminuir o risco de complicações agudas,</p>	Pressão normal	≤ 120/80 mmHg	Pré-hipertensão	121-139/81-89 mmHg	Hipertensão	≥ 140/90 mmHg
Pressão normal	≤ 120/80 mmHg							
Pré-hipertensão	121-139/81-89 mmHg							
Hipertensão	≥ 140/90 mmHg							

		<p>tais como cetoacidose e hipoglicemia, e por permitir que o paciente entenda os determinantes de sua glicemia ao correlacionar os resultados glicêmicos em tempo real com a ingestão de alimentos. Para adultos com DM2, existe pouca evidência sobre a quantidade de testes necessários. Estudos demonstram que o mínimo seriam quatro medidas ao dia, sempre antes das refeições principais, ao deitar e, idealmente, antes e 2 horas depois das refeições para ajuste da insulina bolus (portanto, um total de seis vezes ao dia), havendo pelo menos uma vez por mês uma medida de madrugada (entre 3 e 4 horas)(SBD, 2017)</p> <p>A indicação de automonitorização domiciliar de glicemia capilar deve ser individualizada, levando em consideração os aspectos farmacológicos do tratamento de cada paciente (ADA, 2019).</p>
9)	Estimular mudanças do estilo de vida	<p>Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável: se está conseguindo seguir as orientações de alimentação, atividade física, controle de peso, se reduziu ou parou de fumar e de consumir bebidas alcoólicas, se busca atividades para controle do estresse (MARAFON; SOUZA; WEISHEIMER; 2016)</p> <p>O estilo de vida é um dos maiores responsáveis pela morbidade e pela alta prevalência das doenças crônicas (BRASIL, 2014).</p>
10)	Orientar cuidados com saúde bucal	<p>Orientar que adulto com DM realize avaliação e cuidado odontológico, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose e pode prejudicar o controle glicêmico (BRASIL, 2013c). O processo inflamatório mantido na presença de infecção bacteriana crônica pode resultar na perda da fixação dos dentes, além de causar o mau hálito (BRASIL, 2013c).</p> <p>Orientar o adulto com HAS que podem consultar com o cirurgião-dentista, e no momento da avaliação se for identificado pressão arterial elevada será tomado as medidas necessárias (BRASIL, 2013a).</p>

11)	Estimular a redução do uso de bebida alcoólica ou seu abandono	<p>O consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas tem relação direta com o aumento da pressão arterial, e interfere na ação da insulina aumentando o risco de hipoglicemia além de contribuir para o aumento de peso e ser fator de risco para acidente vascular encefálico (derrame cerebral) (SBD, 2017; SBC, 2016).</p> <p>O limite de consumo diário de álcool recomendado para mulheres é 1 dose e para homens 2 doses, sendo que uma dose contém cerca de 14g de etanol e equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de bebida destilada (SBC, 2016).</p>
12)	Orientar sobre cuidados com a insulina e descarte dos materiais	<p>Se estiver lacrada a insulina precisa ser mantida refrigeradas entre 2°C a 8°C; após aberto, o frasco pode ser mantido em temperatura ambiente para minimizar dor no local da injeção, entre 15°C e 30°C, ou também em refrigeração, entre 2°C a 8°C; importante anotar a data de abertura no frasco pois após um mês do início do uso, a insulina perde sua potência, especialmente se mantida fora da geladeira (BRASIL, 2013c).</p> <p>Descartar seringa com agulha acoplada em recipiente próprio para material perfurocortante ou em recipiente rígido resistente (frasco de amaciante), não é recomendado o descarte do material em garrafa PET devido a sua fragilidade. Orientar que quando o recipiente estiver cheio, a pessoa deve entregar o material na UBS para que se faça o descarte adequado (BRASIL, 2013c).</p>
13)	Orientar sobre o descarte de medicamentos vencidos	<p>Medicamentos vencidos devem ser encaminhados até a UBS para o descarte adequado (BRASIL, 2004).</p> <p>Após o término do prazo de validade, alguns medicamentos perdem sua eficácia no tratamento, porém, se utilizados podem causar danos à saúde e se descartadas no meio ambiente podem ocasionar contaminação da água, solo e de animais (BRASIL, 2004).</p>
14)	Estimular o apoio e participação da família e amigos no tratamento	O tratamento do adulto com HAS e/ou DM tem relação direta com o seu modo de viver, e, portanto, pode estar ligado à vida de

		seus familiares e amigos, por isso a importância de apoio neste processo. Parece uma tarefa fácil, mas quando se trata de mudança de hábitos construídos ao longo da vida é necessário o apoio familiar (MOREIRA, <i>et al.</i> ; 2018).
--	--	--

Esperamos que este protocolo auxilie em sua prática diária enquanto ACS na atuação ao adulto com HAS e/ou DM. Lembrando que o objetivo deste protocolo é ser um material de apoio para complementar suas ações junto a equipe, fortalecendo e organizando ainda mais seu processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população e da equipe de saúde.

Vale ressaltar que o uso de protocolo tende a aprimorar a assistência, uma vez que minimiza a variabilidade de condutas dentro da equipe de saúde, além de favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, lembrando que utilizar o protocolo não anula sua autonomia profissional, uma vez que cada um é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo (PIMENTA *et al.*, 2015).

CONCLUSÕES

A avaliação do protocolo de forma geral foi positiva, o índice de Avaliação de Conteúdo tanto dos juízes especialistas quanto dos representantes do público-alvo foi além do mínimo recomendado em todos os 35 itens avaliados, o que dá valor ao material criado. O protocolo objetiva facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus no processo de tratamento e autocuidado.

A construção e validação deste protocolo possibilitará ao ACS acesso a um material educativo e instrutivo que irá contribuir para o trabalho da equipe multidisciplinar na APS. Uma vez que ele permite padronizar as orientações a serem realizadas, com vistas ao cuidado em saúde além de auxiliar a entender o processo de saúde-doença. A instrumentalização do ACS permitirá fortalecer a sua atuação e assim contribuir no cenário das DCNT, uma vez que fundamenta as orientações repassadas ao adulto com HAS e /ou DM, deixando a prática de orientação baseada no conhecimento empírico.

Diante da evidente escassez de material de apoio sobre o tema abordado, a proposta do protocolo é uma atuação baseada em ação e justificativa, o que permitirá ao ACS entendimento quanto as orientações a serem repassadas, fortalecendo a prática diária frente ao adulto com

HAS e/ou DM. O que se espera é que este protocolo desperte o interesse dos gestores da APS e passe a ser um instrumento de referência para a atuação destes profissionais.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O.. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, July 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006. Acesso em: 31 out. 2019.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes-2019. **Diabetes Care**, v.42, Supplement 1, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/Diretriz-2019-ADA.pdf>. Acesso em 13 mar. 2019.

ARAÚJO, M. C. C. *et al.* Nursing protocols: motivation and methodology in the shared construction process. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. e27339, abr. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/27339/22579>. Acesso em: 19 ago de 2019.

BALDIN, N. MUNHOZ, E. M. B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). *Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, 27. 2011. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf. Acesso em: 31 out. de 2019.

BRASIL, **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **RDC nº306, de 7 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial**

sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

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: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

CATUNDA, H. L. O. *et al.* Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e 00650016, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e00650016.pdf. Acesso em: 19 ago. 2018.

ECHER, I.C. The development of handbooks of health care guidelines. **Rev. Lat Am Enfermagem.** 2005; 13(5): 754-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000500022&script=sci_arttext. Acesso em: 30 out. 2019.

LEE, J; SPRATLING, R. Recruiting Mothers of Children With Developmental Disabilities: Adaptations of the Snowball Sampling Technique Using Social Media. **Journal of Pediatric Health Care**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 107-110, 1 jan. 2019. Disponível em: [https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245\(18\)30411-5/fulltext](https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245(18)30411-5/fulltext). Acesso em: 3 nov. 2019.

LEITE, Sarah de Sá *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1635-1641, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001001635&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 01 nov. 2019.

MARAFON D.; SOUZA L.C.; WEISHEIMER P. A. **Hipertensão arterial: caderno informativo para agentes comunitários de saúde**. Telessaúde Mato Grosso; Cuiabá, 2016.
MOREIRA, S. F. DA; *et al.* AVALIAÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS À ADESÃO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS AO TRATAMENTO. **Itinerarius Reflectionis**, v. 14, n. 4, p. 01 -19, 7 dez. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/54953>. Acesso em: 05 nov. 2019.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

SOCIEDADE BRASIELIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, nº 3, s. 3, setembro 2016.

SOCIEDADE BRASIELIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017- 2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SOLBIAT, V. P. *et al.* Adesão ao tratamento para prevenir agravos relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.12. n.73. p.629-633. Set./Out. 2018. ISSN 1981- 9919. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/755>. Acesso em: 13 mar. 2019.

WILLIAMS, B. *et al.* 2018 Diretrizes ESC / ESH para o manejo da hipertensão arterial. **European Heart Journal**, volume 39, edição 33, 1 de setembro de 2018, páginas 3021-3104. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada permitiu caracterizar o perfil do ACS e identificar os principais problemas evidenciados na atenção ao adulto com HAS e/ou DM, o que permitiu elaborar o protocolo de atuação destes profissionais frente ao adulto com HAS e/ou DM.

Destaca-se que durante o processo de avaliação do protocolo, tanto os juízes especialistas quanto representantes do público-alvo (ACS), demonstraram interesse em contribuir com a construção/validação, os profissionais consideram o material completo e capaz de auxiliar em suas atividades diárias.

Isto posto, pode-se dizer que os objetivos específicos propostos foram alcançados e relatados a seguir.

Quanto a caracterização do perfil e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, observou-se potencialidades como a elevada escolaridade, o cumprimento do número de visitas às famílias acompanhadas, e que os ACS se consideram profissionais da saúde. Porém, lacunas foram evidenciadas, principalmente relacionadas a prática de atividades para promoção da saúde, e a necessidade de protocolos para atuação pois aproximadamente 50% destes profissionais não se considera apto para desempenhar suas funções.

Outro ponto de análise foi identificar os principais problemas evidenciados pelo ACS na atenção ao adulto com HAS e/ou DM, menos da metade destes profissionais apontou saber avaliar as condições de saúde da população, avaliar o segmento da prescrição médica, avaliar hábitos alimentares, fatores de risco relacionados à saúde, sinais e sintomas que indiquem a presença de doenças crônicas e maioria respondeu que às vezes identifica casos que possivelmente não chegariam a Unidade Básica de Saúde. Além disso, a maioria não desenvolve atividades de promoção da saúde que é preconizado como ação para prevenção de doenças e promoção da saúde.

Na proposta de elaboração do protocolo de atuação do Agente Comunitário de Saúde ao adulto HAS e/ou DM, se pensou em itens a compor este material que de forma prática pudessem ser utilizados por estes profissionais em suas atividades diárias qualificando seu trabalho. E quanto à validação do protocolo de forma geral foi bem positiva, o Índice de Validação de Conteúdo tanto dos juízes especialistas quanto dos representantes do público-alvo (ACS), foi além do mínimo recomendado em todos os itens avaliados, o que demonstra a aprovação da proposta elaborada.

Por isso reafirmamos a importância da criação de instrumentos de apoio às equipes de saúde com objetivo de qualificar as ações propostas, organizar as redes de atenção para cuidado integral, na promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesta perspectiva, o protocolo de atuação para os ACS irá colaborar na sua prática diária, bem como dar apoio às equipes no planejamento de ações de orientações e cuidado ao adulto com HAS e/ou DM.

Sobre o primeiro manuscrito intitulado *Avaliação da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde*, destaca-se as seguintes considerações: os próprios ACS apontam fragilidades relacionadas aos conhecimentos de suas atividades e menos da metade informaram saber avaliar as condições de saúde da população bem como prestar orientações relacionadas a prescrição médica e hábitos alimentares, o que aponta para a necessidade de capacitação dos ACS, considerando que estas fazem parte das principais funções que desempenham e aproximadamente metade deles não se considera apto a desempenhá-las.

A partir da pesquisa realizada foi construído o segundo manuscrito intitulado *Protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus*. O processo de construção do protocolo foi produtivo e sua avaliação de forma geral foi positiva uma vez que o Índice de Avaliação de Conteúdo tanto dos juízes especialistas quanto dos representantes do público-alvo, foi além do mínimo recomendado em todos os itens avaliados. Espera-se que o protocolo auxilie na prática diária enquanto ACS na atuação ao adulto com HAS e/ou DM. Lembrando que o objetivo deste protocolo é ser um material de apoio para complementar suas ações junto a equipe, fortalecendo e organizando ainda mais seu processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população e da equipe de saúde.

Criar o protocolo teve como propósito facilitar o trabalho da equipe multidisciplinar na orientação ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus no processo de tratamento e autocuidado. Destaca-se que o profissional sempre será responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo, porém ao utilizar-se deste material tende a aprimorar a assistência uma vez que as condutas podem ser padronizadas dentro da equipe, o que possibilita práticas cientificamente sustentadas.

A construção e validação do protocolo para atuação do ACS possibilitou disponibilizar um material educativo e instrutivo que irá contribuir para o trabalho da equipe multidisciplinar na APS, auxiliando no cuidado ao adulto com DCNT com ênfase na HAS e/ou DM. Recomenda-se que gestores de saúde implementem programas efetivos de educação permanente para a capacitação dos ACS e protocolos de atuação que auxiliem na atuação profissional.

REFERÊNCIAS

- ALESSI, A. *et al.* I Brazilian position statement on arterial hypertension and diabetes mellitus. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 6, p. 491-501, Jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S006682X2013000600001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 Set. 2018.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O.. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, July 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006. Acesso em: 31 out. 2019.
- ALONSO, C. M. do C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. de C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143839>. Acesso em: 24 maio 2018.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetesd**, v.42, Supplement 1, 2019. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2018/12/17/42.Supplement_1.DC1/DC_42_S1_Combined_FINAL.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019.
- ARAUJO, M. C. C. *et al.* Nursing protocols: motivation and methodology in the shared construction process. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. e27339, abr. 2017. ISSN 0104-3552. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/27339>. Acesso em: 19 ago de 2019.
- BALDIN, N. MUNHOZ, E. M. B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, 27. 2011. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf. Acesso em: 31 out. de 2019.
- BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **RDC nº306, de 7 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica – **Programa da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

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: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARLI, R. De *et al.* Welcoming and bonding in the conceptions and practices of community health workers. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300626. Acesso em: 22 maio 2018.

CATUNDA, H. L. O. *et al.* Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e 00650016, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01047072017000200501&lng=en&nrm=iso. Acessos em: 19 ago. 2018.

COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L.C. F.; DIAS, E. C. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trab. educ. saúde** [online], 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00113>. Acesso em: 24 maio 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre. Editora: Artmed. 2ª Edição. 2007.

DE BARROS, D. F. *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, Mar. 2010.

Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2018.

DE SENA, C. R.; CARNEIRO, M. S. Protocolos de Atenção à Saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 26, n. 01/02, mar. 2018. ISSN 1980-5101. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/140>. Acesso em: 20 mar. 2019.

DIEHL, A. A.. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Informativo Epidemiológico Barriga Verde: boletim da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Ano XIV - **Edição Especial Informativo Epidemiológico abril de 2017**. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Informativo_DCNT-Abril2017.pdf. Acessos em: 20 mar. 2019.

ECHER, I.C. The development of handbooks of health care guidelines. **Rev. Lat Am Enfermagem**. 2005; 13(5): 754-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000500022&script=sci_arttext. Acesso em: 30 out. 2019.

FONTOURA, F.F. *et al.* **Interdisciplinaridade (além da multidisciplinaridade): em busca da integralidade através do trabalho em grupo nas ações de educação em saúde**. Revista UNIABEU, 7 (15), 66-75, 2014. Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1271>. Acesso em 12 mar. 2019.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, Apr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100283&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórias e Fotos**. Rio de Janeiro, v4.3.8.10. 2017. Acesso em: 26 jun. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. 181 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em 12 mar. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013**. Acesso e utilização dos serviços de saúde. Acidentes e Violências. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015. 106 p. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol3/default_microdados.shtm. Acesso em 12 mar. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047, 2018**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-oticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Aceso em 08 mar. 2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes Atlas. 8th ed. **Brussels: International Diabetes Federation**; 2017. Disponível em: <https://reports.instantatlas.com/report/view/704ee0e6475b4af885051bcec15f0e2c/BRA>. Acesso em: 13 mar. 2019.

LEE, J; SPRATLING, R. Recruiting Mothers of Children With Developmental Disabilities: Adaptations of the Snowball Sampling Technique Using Social Media. **Journal of Pediatric Health Care**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 107-110, 1 jan. 2019. Disponível em: [https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245\(18\)30411-5/fulltext](https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245(18)30411-5/fulltext). Acesso em: 3 nov. 2019.

LEITE, Sarah de Sá *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1635-1641, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001001635&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 01 nov. 2019.

LOPES, D. Q. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. esc. enferm. USP**. 2012, vol.46, n.3, p.633-640. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300015>. Acesso em: 24 maio 2018.

MALTA D. C.; *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 1:4s.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1350,

maio 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501350&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. 2019.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic.**, Saude, Educ., v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010. Acesso em: 24 maio 2018.

MARAFON D.; SOUZA L.C.; WEISHEIMER P. A. **Hipertensão arterial: caderno informativo para agentes comunitários de saúde**. Telessaúde Mato Grosso; Cuiabá, 2016.

MARTELETO, R. M.; DAVID, H. M. S. L. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1211-1226, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14142832014000601211&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 set. 2018.

MELO, G.P.; ANDRETO, L.M.; ARAUJO V.M.G.; HOLANDA, V.R. Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.40589>. Acesso em: 22 maio 2018.

MOREIRA, S. F. DA; *et al.* AVALIAÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS À ADESÃO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS AO TRATAMENTO. **Itinerarius Reflectionis**, v. 14, n. 4, p. 01 -19, 7 dez. 2018. Disponível em:

<https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/54953>. Acesso em: 05 nov. 2019.

PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LAGES. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**.

Disponível em:

http://controlesocial.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=94&view=viewcategory&catid=304. Acesso em: 12 set. 2018.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia da pesquisa**. 5.ed. Porto Alegre: Mc Graw Hill, 2013.

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, F. P. dos A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S.A. Produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. vol.47, n.1, pp.107-114, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100014>. Acesso em: 22 maio 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Florianópolis; 2016. Disponível

em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em->

saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/5771-plano-estadual-de-saude-2012-2015/file. Acesso em: 12 set. 2018.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (Sebrae). **Santa Catarina em Números: Santa Catarina** / Sebrae/SC . _ Florianópolis: Sebrae/SC, 2013.

SILVA, T. L.; DIAS, E. C. **Guia do ACS - O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas**. Belo Horizonte, NESCON/UFMG, 2012.

SOCIEDADE BRASIELIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017- 2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, nº 3, s. 3, setembro 2016.

SOLBIAT, V. P. *et al.* Adesão ao tratamento para prevenir agravos relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.12. n.73. p.629-633. Set./Out. 2018. ISSN 1981- 9919. Disponível em: <file:///C:/Users/fabia/Downloads/755-3423-1-PB.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

SOUSA, M. C. V. B; SANTOS, C. P.; MENDONCA, S. A. M. Complexidades do trabalho do agente comunitário de saúde com pacientes em uso de medicamentos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro v. 16, n. 2, p. 605-619, Aug. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200605&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2019.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2018.

WENDT, Cássia Jordana Krug *et al.* Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 406-413, June 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00341672015000300406&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 mar. 2019.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WILLIAMS, B. *et al.* 2018 Diretrizes ESC / ESH para o manejo da hipertensão arterial. **European Heart Journal**, volume 39, edição 33, 1 de setembro de 2018, páginas 3021-3104. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119#123460952>. Acesso em: 13 mar. 2019.

WOH-World Health Organization. **Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases**. Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?ua=1>. Acesos em: 08 mar. 2019.

APÊNDICE A – Questionário para pesquisa com Agente Comunitário de Saúde

Prezado ACS, você está participando de uma Pesquisa Científica, por isso solicitamos que responda as questões a seguir com o máximo de atenção e precisão.

Sua identidade não será revelada e as informações facilitarão a identificação de ações para melhorar sua atuação.

Não tenha medo de responder, este é o momento para apontar suas necessidades.

	Informe a sua idade: _____ anos
	Informe o seu sexo biológico: (1)Feminino. (2) Masculino
	Informe sua escolaridade (assinale apenas 1 alternativa): <input type="checkbox"/> 1. Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> 2. Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino Médio Incompleto. <input type="checkbox"/> 4. Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> 5. Ensino Superior incompleto. Se sim, Qual? _____ <input type="checkbox"/> 6. Ensino Superior Completo Se sim, Qual? _____ <input type="checkbox"/> 7. Especialização Se sim, Qual? _____
	Você já realizou algum curso técnico profissionalizante? <input type="checkbox"/> 0. Não <input type="checkbox"/> 1. Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> 2. Outro. Qual? _____
	Informe seu estado marital: (assinale apenas 1 alternativa) <input type="checkbox"/> 1. Solteiro <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/> 3. União estável <input type="checkbox"/> 4. Viúvo
	Qual seu vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde? <input type="checkbox"/> 1. Celetista/ Temporário/Contratado <input type="checkbox"/> 2. Efetivo/Concursado
	Informe o tempo em que atua como ACS: (assinale apenas 1 alternativa) 1. <input type="checkbox"/> 01 a 05 meses e 29 dias 2. <input type="checkbox"/> 06 meses a 11 meses e 29 dias 3. <input type="checkbox"/> 01 ano a 1 ano 11 meses e 29 dias 4. <input type="checkbox"/> 02 anos a 4 anos 11 meses e 29 dias 5. <input type="checkbox"/> mais de 5 anos
	Quantas famílias estão cadastradas em sua micro-área? _____
	Quantas visitas domiciliares você realiza por mês? _____
	Indique com que FREQUÊNCIA VOCÊ REALIZA AS SEGUINTE AÇÕES:

	Faça um X na opção mais adequada para cada pergunta →	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Mapeamento de Área					
2.	Cadastramento de Pessoas					
3.	Orientação das Famílias					
4.	Realização de atividades Programadas					
5.	Acompanhamento das famílias					
6.	Desenvolvimento de atividades de promoção da saúde					
7.	Vigilância em saúde					

Indique com que FREQUÊNCIA VOCÊ REALIZA AS SEGUINTE AÇÕES DURANTE A VISITA DOMICILIAR:

	Faça um X na opção mais adequada para cada pergunta →	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Avaliação de condições de saúde					
2.	Avaliação do seguimento da prescrição médica (uso de medicamento)					
3.	Avaliação de hábitos alimentares					
4.	Avaliação de fatores de risco relacionados à saúde					
5.	Busca de sinais e sintomas que possam indicar a presença de doenças crônicas					
6.	Avaliação acerca da regularidade com que o paciente vai ao médico					
7.	Verificação/medir da pressão arterial					
8.	Verificação da glicose (Hemoglicoteste/HGT)					
9.	Avaliação de condições sócio econômicas					

Indique sobre o SEU CONHECIMENTO DAS AÇÕES DURANTE A VISITA DOMICILIAR:

	Faça um X na opção mais adequada para cada pergunta →	Não sabe	Sabe pouco	Conhecimento regular	Sabe suficiente
1.	Avaliação de condições de saúde				
2.	Avaliação do seguimento da prescrição médica (uso de medicamento)				
3.	Avaliação de hábitos alimentares				
4.	Avaliação de fatores de risco relacionados à saúde				
5.	Busca de sinais e sintomas que possam indicar a presença de doenças crônicas				
6.	Avaliação acerca da regularidade com que o paciente vai ao médico				
7.	Verificar/medir da pressão arterial				
8.	Verificar/medir a glicose (Hemoglicoteste/HGT)				
9.	Avaliações de condições sócio econômicas				

10	Orientações sobre hábitos alimentares saudáveis																																																																																														
11	Orientações sobre práticas saudáveis de atividade física																																																																																														
12	Realização de ações de educação em saúde																																																																																														
13	Registros de atividades nos sistemas informatizados da Unidade																																																																																														
<p>Você se considera um Profissional da Saúde?</p> <p>1. () Não;</p> <p>2. () Sim</p>																																																																																															
<p>Você identifica durante as visitas domiciliares, casos que possivelmente não chegariam na Unidade de Saúde?</p> <p>1. () Nunca;</p> <p>2. () As vezes;</p> <p>3. () Sempre</p>																																																																																															
<p>Sobre as doenças abaixo listadas, aponte seu GRAU DE CONHECIMENTO EM RELAÇÃO À NECESSIDADE ORIENTAÇÃO DA POPULAÇÃO.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Faça um X na opção mais adequada para cada pergunta. →</th> <th>Não sabe</th> <th>Sabe pouco para orientar a população</th> <th>Tem conhecimento regular para orientar a população</th> <th>Sabe o suficiente para orientar a população</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Diabetes Mellitus</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Hipertensão Arterial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Tuberculose</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>AIDs/HIV</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Sífilis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Uso de álcool</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Uso de drogas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>Funcionamento da Unidade de Saúde;</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>Testes rápidos para diagnósticos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>Saúde Bucal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td>Gestação e parto</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12.</td> <td>Saúde da criança</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13.</td> <td>Avaliação da caderneta da criança</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Faça um X na opção mais adequada para cada pergunta. →	Não sabe	Sabe pouco para orientar a população	Tem conhecimento regular para orientar a população	Sabe o suficiente para orientar a população	1.	Diabetes Mellitus					2.	Hipertensão Arterial					3.	Tuberculose					4.	AIDs/HIV					5.	Sífilis					6.	Uso de álcool					7.	Uso de drogas					8.	Funcionamento da Unidade de Saúde;					9.	Testes rápidos para diagnósticos					10.	Saúde Bucal					11.	Gestação e parto					12.	Saúde da criança					13.	Avaliação da caderneta da criança										
	Faça um X na opção mais adequada para cada pergunta. →	Não sabe	Sabe pouco para orientar a população	Tem conhecimento regular para orientar a população	Sabe o suficiente para orientar a população																																																																																										
1.	Diabetes Mellitus																																																																																														
2.	Hipertensão Arterial																																																																																														
3.	Tuberculose																																																																																														
4.	AIDs/HIV																																																																																														
5.	Sífilis																																																																																														
6.	Uso de álcool																																																																																														
7.	Uso de drogas																																																																																														
8.	Funcionamento da Unidade de Saúde;																																																																																														
9.	Testes rápidos para diagnósticos																																																																																														
10.	Saúde Bucal																																																																																														
11.	Gestação e parto																																																																																														
12.	Saúde da criança																																																																																														
13.	Avaliação da caderneta da criança																																																																																														
<p>Como você se sente em relação ao desempenho do seu trabalho? Assinale uma das alternativas.</p> <p>1.() Preparado</p> <p>2.() Pouco Preparado</p> <p>3.() Regular</p> <p>4.() Despreparado</p>																																																																																															
<p>A seguir, relate mais alguma informação que julgar necessário. Aponte facilidades e dificuldades de seu trabalho.</p>																																																																																															

	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	Agradecemos muito por sua participação!

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pesquisa com o Agente Comunitário de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

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 _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa “HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que: O estudo faz parte de uma dissertação de Mestrado que tem como objetivo: Elaborar e validar um protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. A pesquisa é importante de ser realizada para se conhecer acerca do trabalho dos ACSs dentro da atenção primária, enfocando suas atividades de atenção às pessoas com Hipertensão e Diabetes. Participarão da pesquisa 286 ACS's na área urbana e 17 na área rural do município de Lages, que atuam na Estratégia Saúde da Família. Para alcançar os resultados desejados a coleta de dados será operacionalizada por meio de questionário auto aplicado. Será mantido o sigilo da identidade dos participantes, sendo que os nomes ou informações que as identifique não serão divulgados e o material de estudo será mantido sob guarda das pesquisadoras sob cinco anos, após será destruído. Para isso, os riscos deste estudo ficam no âmbito do emocional, podendo ser motivado por não saber qual resposta assinalar. Frente ao risco de potencial desconforto será realizado atendimento pelas pesquisadoras e/ou pelos profissionais da USF e, se houver necessidade, será agendado atendimento gratuito e realizado encaminhamento escrito e contato telefônico prévio para os serviços da rede de atenção à saúde do município de Lages. Além disto, o setor de atendimento em Psicologia da Uniplac também poderá ser acionado pelos pesquisadores caso ocorra necessidade. Os pesquisadores comprometem-se em realizar os encaminhamentos formais dos participantes do estudo ao serviço de saúde, sem ônus para o participante. A pesquisa é importante de ser realizada pois deve trazer como benefícios contribuições para melhorias ao serviço SUS (Sistema único de Saúde) e ampliação de conhecimento na área, além da elaboração de manuscrito que será encaminhando para a publicação. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Dra^a Juliana Cristina Lessmann Reckziegel (49)9916-23838.

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, ao meu atendimento médico ou bem estar físico.

As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

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, ____/____/____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel Pesquisadora responsável
--

CEP UNIPLAC Endereço: Av. Castelo Branco, 170 – Sala 69 - Bloco I Bairro Universitário Cep: 88.509-900, Lages-SC (49) 3251-1086 Email: cep@uniplaclages.edu.br e cepuniplac@gmail.com	Profa Dra ^a . Juliana Cristina Lessmann Reckziegel Endereço para contato: Uniplac- Mestrado em Ambiente e Saúde Telefone para contato: 49 99162 3838 E-mail: julinanalessmann@gmail.com
--	---

APÊNDICE C – Instrumento para validação do protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica /ou Diabetes Mellitus

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE AO ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA /OU DIABETES MELLITUS

Parte 1 - Informações sociodemográficas (RESPONDER DE ACORDO COM SUA REPRESENTAÇÃO):

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	
Idade: _____	Sexo: _____
Tempo de experiência como ACS: _____	
Informe sua escolaridade (assinale apenas 1 alternativa):	
<input type="checkbox"/> 1. Ensino Fundamental Incompleto	
<input type="checkbox"/> 2. Ensino Fundamental Completo	
<input type="checkbox"/> 3. Ensino Médio Incompleto.	
<input type="checkbox"/> 4. Ensino Médio Completo	
<input type="checkbox"/> 5. Curso Técnico. Se sim, Qual? _____	
<input type="checkbox"/> 6. Ensino Superior incompleto. Se sim, qual? _____	
<input type="checkbox"/> 7. Especialização. Se sim, Qual? _____	
<input type="checkbox"/> 8. Ensino Superior. Completo Se sim, qual? _____	

JUIZ ESPECIALISTA NA ÁREA	
Idade: _____	Sexo: _____
Profissão: _____	Tempo de Formação: _____
Tempo de experiência em na Atenção Primária a Saúde (APS): _____	
Titulação: Especialização/Residência () Se sim, Qual área?	
Mestrado () Se sim, Qual área?	
Doutorado () Se sim, Qual área?	
já desenvolveu ou está desenvolvendo atividades de ensino ou pesquisa com a temática ACS ou na APS:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Parte 2 – Instruções para avaliação

Analise minuciosamente o protocolo de acordo com os critérios relacionados. Em seguida, classifique-a de acordo com o valor que mais especifica seu nível de concordância com uma afirmação:

1. Discordo totalmente: conduta inadequada que necessita ser suprimida ou desnecessária;
2. Discordo: conduta que necessita de alguma correção e\ou reformulação;
3. Concordo: conduta correta;
4. Concordo totalmente: conduta correta sem necessidade de qualquer acréscimo

Atenção: para as opções 1, 2 descreva o motivo pelo qual considerou essa opção, na última coluna.

Parte 3 – Avaliação

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	1	2	3	4	Sugestões
1. Contempla tema proposto					
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem					
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado					
4. Proporciona reflexão sobre o tema					
5. Incentiva mudança de comportamento					
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	1	2	3	4	Sugestões
6. Linguagem adequada ao público-alvo					
7. Linguagem apropriada ao material educativo					
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo					
9. Informações corretas					
10. Informações objetivas					
11. Informações esclarecedoras					
12. Informações necessárias					
13. Sequência lógica das ideias					
14. Tema atual					
15. Tamanho do texto adequado					
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	1	2	3	4	Sugestões
16. Estimula o aprendizado					

17. Contribui para o conhecimento na área					
18. Desperta interesse pelo tema					

ITENS DO QUADRO DE ATRIBUIÇÃO		1	2	3	4	Sugestões
Item	Atribuição					
1)	Identificar adultos com HAS e DM na sua área de atuação e manter os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente no município					
2)	Verificar junto a equipe presença nas consultas de rotina, bem como a frequência da realização destas consultas e realizar busca ativa de faltosos					
3)	Verificar medicamentos prescritos (quantidade suficiente, uso conforme prescrição)					
4)	Informar a equipe dificuldades relacionadas ao tratamento					

ITENS DO QUADRO DE ORIENTAÇÕES		1	2	3	4	Sugestões
Item	Ação					
1)	Explicar da importância da adesão ao tratamento medicamentoso e comportamental (tais como a alimentação adequada, prática de atividade física, peso adequado suspensão do tabagismo e álcool, redução do estresse) bem como orientações da equipe de saúde					
2)	Estimular a adoção de alimentação saudável Dieta hipossódica (Alimentação com pouco de sal) Baixa ingestão de carboidratos (Reduzir o consumo de pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão)					

	batata e grãos, leite, açúcar, mel e alimentos que contém açúcar (BRASIL, 2013c).				
3)	Orientar sobre o controle do peso				
4)	Estimular a realização de atividade física regular				
5)	Orientar cuidados com os pés de adultos com DM				
6)	Estimular a redução do tabagismo ou seu abandono				
7)	Estimular a redução do estresse				
8)	Orientar sobre a verificação da pressão arterial e glicemia conforme recomendação da equipe de saúde Observação: somente após treinamento específico e sob supervisão de profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, o ACS poderá em caráter excepcional e diante da disponibilidade de equipamento necessário verificar pressão arterial e glicemia capilar de pacientes de sua base geográfica de atuação (BRASIL, 2017)				
9)	Estimular mudanças do estilo de vida				
10)	Orientar cuidados com saúde bucal				
11)	Estimular a redução do uso de bebida alcoólica ou seu abandono				
12)	Orientar sobre cuidados com a insulina e descarte dos materiais				
13)	Orientar sobre o descarte de medicamentos vencidos				
14)	Estimular o apoio e participação da família e amigos no tratamento				

Opiniões pessoais:

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – etapa de validação do protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

ETAPA DE VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE AO ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS

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 _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa para validação do “PROTOCOLO PARA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE AO ADULTO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que: O estudo faz parte de uma dissertação de Mestrado que tem como objetivo: Elaborar e validar um protocolo para atuação do Agente Comunitário de Saúde na atenção ao adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. A pesquisa é importante de ser realizada para se conhecer acerca do trabalho dos ACS dentro da atenção primária, com foco em suas atividades de atenção às pessoas com Hipertensão e Diabetes. Participarão desta etapa da pesquisa 12 juízes especialistas, sendo 03 profissionais de cada categoria: enfermeiro, médico, odontólogo e psicólogo e como representantes do público-alvo 23 ACS. Para alcançar os resultados desejados a coleta de dados será operacionalizada por meio de questionário auto aplicado. Será mantido o sigilo da identidade dos participantes, sendo que os nomes ou informações que as identifique não serão divulgados e o material de estudo será mantido sob guarda das pesquisadoras sob cinco anos, após será destruído. Para isso, os riscos deste estudo ficam no âmbito do emocional, podendo ser motivado por não saber qual resposta assinalar. Frente ao risco de potencial desconforto será realizado atendimento pelas pesquisadoras e/ou pelos profissionais da USF e, se houver necessidade, será agendado atendimento gratuito e realizado encaminhamento escrito e contato telefônico prévio para os serviços da rede de atenção à saúde do município de Lages. Além disto, o setor de atendimento em Psicologia da Uniplac também poderá ser acionado pelos pesquisadores caso ocorra necessidade. Os pesquisadores comprometem-se em realizar os encaminhamentos formais dos participantes do estudo ao serviço de saúde, sem ônus para o participante. A pesquisa é importante de ser realizada pois deve trazer como benefícios

contribuições para melhorias ao serviço SUS (Sistema único de Saúde) e ampliação de conhecimento na área, além da elaboração de manuscrito que será encaminhando para a publicação. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Dra^a Juliana Cristina Lessmann Reckziegel (49)99162-3838,

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, ao meu atendimento médico ou bem estar físico.

As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

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, ____/____/____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

<p>Juliana Cristina Lessmann Reckziegel Pesquisadora responsável</p>
--

<p>CEP UNIPLAC Endereço: Av. Castelo Branco, 170 – Sala 69 - Bloco I Bairro Universitário Cep: 88.509-900, Lages-SC (49) 3251-1086 Email: cep@uniplaclages.edu.br e cepuniplac@gmail.com</p>	<p>Profa Dra^a. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel Endereço para contato: Uniplac- Mestrado em Ambiente e Saúde Telefone para contato: (49)99162-3838, E-mail: julinanalessmann@gmail.com</p>
--	---