

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Geórgia Figueira Rampelotto

**TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES
EDUCATIVAS A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES QUE
VIVEM NO CAMPO**

Santa Maria, RS
2020

Geórgia Figueira Rampelotto

**TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES
EDUCATIVAS A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES QUE VIVEM NO
CAMPO**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith
Coorientadora: Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

Santa Maria, RS
2020

Rampelotto, Geórgia Figueira
TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES
EDUCATIVAS A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES QUE
VIVEM NO CAMPO / Geórgia Figueira Rampelotto.- 2020.
66 p.; 30 cm

Orientadora: Maria Denise Schimith
Coorientadora: Laís Mara Caetano da Silva
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. Enfermagem 2. Educação em Saúde 3. Agentes
Comunitários de Saúde 4. Doença Crônica 5. População Rural
I. Schimith, Maria Denise II. Caetano da Silva, Laís
Mara III. Título.

sistema de geração automática de ficha catalográfica da USPSP. dados fornecidos pelo autor(a). sob supervisão da direção da divisão de processos técnicos da biblioteca central. bibliotecária responsável: paula schoenfeldt vatta cma 10/1728.

Declaro, GEÓRGIA FIGUEIRA RAMPELOTTO, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Geórgia Figueira Rampelotto

**TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES
EDUCATIVAS A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES QUE VIVEM NO
CAMPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 21 de dezembro de 2020:

Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Laís Mara Caetano da Silva, Dra. (UFSM)
(Co-orientadora)

Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini, Dra. (UFSM)

Raquel Pötter Garcia, Dra. (UNIPAMPA)

Santa Maria, RS
2020

RESUMO

TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES EDUCATIVAS A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES QUE VIVEM NO CAMPO

AUTORA: Geórgia Figueira Rampelotto
ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Denise Schimith
COORDINADORA: Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

O Agente Comunitário de Saúde conhece o território onde mora e trabalha, o que facilita seu trabalho junto às famílias. Como elo entre as equipes de saúde e a comunidade, o Agente Comunitário de Saúde identifica os problemas que afetam a saúde da população e compartilha essas informações aos demais profissionais da equipe, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações de cuidado à saúde das famílias. O objetivo deste estudo foi descrever as ações educativas desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde no cuidado a pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus que vivem no campo. Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e de natureza qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em todas as unidades de saúde rurais em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, durante junho a agosto de 2019. Participaram 16 Agentes Comunitários de Saúde residentes na área rural delimitada pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Excluíram-se do estudo os Agentes Comunitários de Saúde que estavam em férias, laudo ou atestados no período de coleta. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela autora do estudo, utilizando o programa Microsoft® Office Word. A duração média de cada entrevista foi de 50 minutos. A análise dos dados foi fundamentada pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin. A pesquisa está amparada pelos preceitos éticos e legais da Resolução nº. 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/MS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 23 de maio de 2019, sob o Parecer n. 3.343.665 e CAEE nº 13164819.9.0000.5346. Foi possível identificar que os participantes em estratégia são promotores de ações educativas, tais como, a visita domiciliária, grupos de convivência, rodas de conversa, palestras e atividades em sala de espera. Os participantes demonstraram ter pouco conhecimento acerca do cuidado voltado à pessoa com hipertensão e diabetes, repercutindo no desenvolvimento das suas atividades educativas. Na operacionalização dessas ações foram abordadas dificuldades provenientes do cotidiano de trabalho, como a falta de educação permanente e do curso inicial para formação do Agente Comunitário de Saúde; falta de apoio da equipe e da participação dos usuários; falta de materiais informativos para embasar as ações e também a falta das condições mínimas para realização do trabalho no campo, tornando o seu trabalho ainda mais desafiador. Concluiu-se que há necessidade de discussões e reflexões entre as equipes de saúde, comunidades e gestores municipais sobre a importância de se reconhecer as práticas educativas que o Agente Comunitário de Saúde desenvolve no cuidado a pessoas com hipertensão e diabetes que vivem no campo, visando o fortalecimento das práticas da Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Enfermagem. Educação em Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Cuidados Domiciliares de Saúde. Doença Crônica. População Rural.

ABSTRACT

WORK OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN EDUCATIONAL ACTIONS FOR PEOPLE WITH HYPERTENSION AND DIABETES LIVING IN THE FIELD

AUTHOR: Geórgia Figueira Rampelotto
SUPERVISOR: Profa. Dra. Maria Denise Schimith
CO-SUPERVISOR: Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

Community Health Agents know the territory where they live and work, which facilitates their work with families. As a link between the health teams and the community, the Community Health Agent identifies the problems that affect the health of the population and shares this information with other team professionals, contributing to the planning and development of family health care actions. The aim of this study was to describe the educational actions developed by Community Health Agents in the care of people with Hypertension and Diabetes mellitus who live in rural areas. It is a field research, descriptive and qualitative in nature. The research was carried out in all rural health units in a city in the interior of the state of Rio Grande do Sul, from June to August 2019. Sixteen Community Health Agents resident in the rural area delimited by the Community Health Agents Strategy participated. Community Health Agents who were on vacation, report or certified during the collection period were excluded from the study. Data collection took place through semi-structured interviews. The interviews were recorded and transcribed in full by the author of the study, using the Microsoft® Office Word program. The average duration of each interview was 50 minutes. Data analysis was based on the Content Analysis proposed by Bardin. The research is supported by the ethical and legal precepts of Resolution n°. 466/2012 and no. 510/2016 of the National Health Council/MS. The project was approved by the Research Ethics Committee on May 23, 2019, under Opinion n. 3,343,665 and CAEE No. 13164819.9.0000.5346. It was possible to identify that the strategy participants are promoters of educational actions, such as home visits, social groups, conversation circles, lectures and activities in the waiting room. Participants demonstrated that they have little knowledge about the care aimed at people with hypertension and diabetes, affecting the development of their educational activities. In the implementation of these actions, difficulties arising from the daily work were addressed, such as the lack of permanent education and the initial course for training the Community Health Agent; lack of team support and user participation; lack of informational materials to support the actions and also the lack of minimum conditions to carry out work in the field, making their work even more challenging. It was concluded that there is a need for discussions and reflections between health teams, communities and municipal managers on the importance of recognizing the educational practices that the Community Health Agent develops in the care of people with hypertension and diabetes who live in the countryside, with a view to the strengthening of Primary Health Care practices.

Keywords: Nursing. Health Education. Community Health Workers. Home Nursing. Chronic Disease. Rural Population.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAP	Gabinete de Apoio à Pesquisa
HA	Hipertensão Arterial
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNSIPCF	Programa Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta
PSE	Programa Saúde na Escola
PUBMED	<i>US National Library of Medicine</i>
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIE	Sistema de Informações para o Ensino
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
VD	Visita Domiciliar
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL: CONTEXTUALIZAÇÃO E DIVERSIDADE SOCIAL, HISTÓRICA E CULTURA.....	11
2.2 TRILHA DO TEMPO DOS(AS) AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS.....	13
2.3 CUIDADO DOMICILIAR ATRIBUÍDO AOS(ÀS) AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	14
2.4 CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: ABORDAGEM DO(A) AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CUIDADO DOMICILIAR.....	16
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	19
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	19
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	19
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	20
3.4 COLETA DE DADOS.....	21
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	22
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	22
4. RESULTADOS.....	24
4.1 AÇÕES EDUCATIVAS NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	24
4.2 DIFICULDADE DOS(AS) AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO CUIDADO COM PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES NA COMUNIDADE.....	28
4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS(AS) AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: NECESSIDADES IDENTIFICADAS.....	32
4.4 ESPECIFICIDADES DO TRABALHO DO(A) AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE RURAL.....	35
5. DISCUSSÃO.....	40
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
ANEXOS.....	53
ANEXO A – Autorização institucional.....	54
ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.....	55
APÊNDICES.....	58
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	60
APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade.....	63
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados.....	64

1 INTRODUÇÃO

O crescimento industrial e tecnológico acarretou várias consequências para a população. Na área da saúde, resultou em uma mudança no perfil de morbimortalidade, com grande predomínio das doenças e mortes devido às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas as cardiovasculares (BRASIL, 2014b). As doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no mundo e fazem parte do grupo de DCNT de maior impacto, ocasionando 17,9 milhões de mortes, em 2016, representando 31% de todas as mortes em nível global. Estima-se que, das 17 milhões de mortes, 82% acontecem em países de baixa e média renda e 37% são causadas por doenças cardiovasculares (OPAS, 2017).

Entre os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento destas patologias crônicas estão o hábito de fumar, o consumo de bebidas alcoólicas, a dieta inadequada, o excesso de peso e a inatividade física. Além desses, referencia-se o diagnóstico de hipertensão arterial (HA), diabetes (DM) e de dislipidemias como doenças crônicas que concomitantemente tornam-se fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (WHO, 2014).

Partindo dessas questões, o contexto atual clama pela estruturação do processo de trabalho das equipes vinculadas aos cuidados primários de saúde, que devem responder às prevalentes e complexas doenças crônicas, que não “curam”, como as doenças agudas, mas permanecem ao longo da vida das pessoas. Recentes evidências demonstram que equipes multidisciplinares que atuam de forma coordenada, preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições e a responder às agudizações desses processos, alcançam melhores resultados (BRASIL, 2014b).

Nesse sentido, destaca-se o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que costumam cumprir uma função educativa durante o cuidado domiciliar. Este cuidado educativo pode incluir desde a explicação sobre informações técnicas relacionadas a doenças e tratamentos, mas também pode ser uma forma de aprofundar a compreensão das famílias acerca da realidade em que vivem, e sobre os problemas que devem ser enfrentados nos mais diversos cenários de atenção à saúde (BRASIL, 2014a). Nessa vertente, conhecer a história da pessoa enferma é fundamental para atendê-la adequadamente. Não se trata, simplesmente, de conhecer a história fisiológica ou corporal da pessoa em questão, mas sua biografia, pois, no processo de cuidar, os dados de ordem biográfica constituem um material de imensurável valor. O cuidador, aqui, o ACS, deve, pois, facilitar a narrativa da pessoa, deve provocar sua capacidade de

narrar e, por meio de seu relato, poderá detectar suas necessidades e preocupações (TORRALBA, 2009).

Baseado nestes argumentos e na experiência profissional da pesquisadora atuando na atenção básica em saúde, junto a pessoas que vivem no campo, em parceria com ACS desde 2011, estabelece-se o desafio de lidar com situações relacionadas às doenças crônicas. Na trajetória profissional foi possível participar de atividades cujo propósito era o de valorizar o cuidado com a saúde nos diferentes contextos. Durante o planejamento destas práticas, salienta-se a importância do planejamento e da pactuação destas atividades de forma conjunta com os ACS, que são personagens-chave na comunidade onde moram e atuam.

A escolha do ACS como participante dessa pesquisa se dá devido ao fato desse profissional ser considerado mediador importante do processo de comunicação, no sentido de desvelar a realidade de vida e saúde dos usuários que residem na área de abrangência do serviço de saúde (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

Aliado a isso, após uma consulta nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e *US National Library of Medicine* (PUBMED), constatou-se que a produção acadêmica da enfermagem apresenta uma lacuna de conhecimento na área de trabalho dos ACS, principalmente sobre as ações desenvolvidas pelos ACS voltadas as pessoas com condicionalidades crônicas, especialmente aquelas com hipertensão e diabetes que vivem no campo. Acerca da temática encontrada durante as buscas, os estudos de Mannik et al. (2018), Morris-Paxton et al. (2018), DeGennaro (2018) e Kangovi et al. (2017) tratam sobre as formas de acompanhamento e triagem utilizadas por ACS para identificar pessoas com DCNT. O estudo proposto por Leite et al. (2015) abordou os saberes e as ações dos ACS relacionadas às DCNT, porém, o público-alvo foram os idosos. Já uma pesquisa realizada na Cidade do Cabo, em 2018, avaliou o treinamento e conhecimento sobre HA e DM de 150 ACS. Como resultado, identificou-se que existe um déficit no conhecimento dos ACS sobre HA e DM, em especial devido à ausência de um treinamento padronizado sobre o assunto.

Por esse motivo, considera-se relevante o presente estudo, que volta-se a aprofundar conhecimentos quanto as ações educativas realizadas pelos ACS, uma vez que este conhecimento poderá contribuir para promover aos gestores e demais profissionais da saúde, a possibilidade de identificar as ações educativas realizadas pelo ACS junto a pessoas com HA, DM ou ambas as doenças.

Somando-se às motivações anteriormente citadas e ao panorama das publicações, destaca-se também, que a temática em questão é referenciada na Agenda Nacional de

Prioridades em Pesquisa em Saúde, publicada em 2018 pelo Ministério da Saúde (MS), que define ser prioridade os estudos referentes à avaliação da oferta de ações e serviços de saúde da Atenção Básica frente às necessidades da população (BRASIL, 2018), o que contribui para justificar a relevância e o interesse deste projeto de pesquisa.

Face ao exposto, tem-se como **questão de pesquisa**: como é desenvolvido o trabalho dos ACS no cuidado às pessoas com HA e DM que vivem no campo? Essa dissertação tem como **objetivo geral** descrever as ações educativas desenvolvidas por ACS no cuidado a pessoas com HA e DM que vivem no campo. Apresenta, ainda, como **objetivos específicos**: identificar as necessidades de informação dos ACS acerca das ações educativas no cuidado às pessoas com HA e DM que vivem no campo e conhecer as potencialidades e fragilidades enfrentadas pelos ACS no cuidado às pessoas com HA e DM.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Coerente ao objeto deste estudo apresenta-se no presente capítulo os seguintes aspectos: “Saúde da população rural: contextualização e diversidade social, histórica e cultural”; “Trilha do tempo dos agentes comunitários de saúde: aspectos históricos e legais”; “Cuidado domiciliar atribuído aos agentes comunitários de saúde”; e “Condições crônicas de saúde: abordagem do agentes comunitários de saúde no cuidado domiciliar”.

2.1 SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL: CONTEXTUALIZAÇÃO E DIVERSIDADE SOCIAL, HISTÓRICA E CULTURAL

A partir da 14^a Conferência Nacional de Saúde foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), em 2011. A criação desta política reconhece as condições e os determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações com o objetivo de “melhorar o nível de saúde por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual”, a fim de aperfeiçoar os indicadores de saúde e a qualidade de vida de quem vive no meio rural (BRASIL, 2013a).

Segundo a política, são moradores do campo as pessoas que têm sua vivência, produtividade e reprodução social relacionadas predominantemente com a terra, como os agricultores, trabalhadores rurais em regime temporário ou não, assalariados e os que não têm acesso à terra (BRASIL, 2013a). Pensando neste conceito, na presente pesquisa a palavra “campo” foi utilizada como sinônimo de área rural.

A população que reside na zona rural habita uma área considerada afastada geograficamente dos centros urbanos, e mantém um modo de vida particular, que envolve características sociais, históricas e culturais. Estas populações, no entanto, encontram-se em fase de transição devido à aproximação das fronteiras do urbano com o rural, caracterizando o processo de urbanização rural (WÜNSCH, 2012). A vivência histórica de precárias condições de produção e competição nos mercados impõe, atualmente, a necessidade da população que vive no campo diversificar suas fontes de renda familiar. Sendo assim:

para estabilizarem suas condições de vida, eles recorrem à realização simultânea de atividades rurais e urbanas – membros da família com emprego urbano, pequenos comércios, como as bodegas etc.; diversificam as atividades da família – artesanatos,

conservas caseiras, turismo rural etc.; recorrem ao emprego agrícola fora da propriedade familiar e a assalariamentos esparsos e sazonais, pequenos arrendamentos e parcerias em terras de terceiros (MOREIRA, 2012, p. 267).

Por este motivo, faz-se necessário romper com o paradigma de que o campo é um espaço atrasado, de ignorância, sem cultura, sem vida e sem identidade, no qual os trabalhadores rurais e suas técnicas são vistos como improdutivos, excluídos, e seus territórios inexistentes porque não são entendidos como territórios de vida (JÚNIOR, 2014). À vista disso, mais do que fazer um “remendo”, é preciso humanizar e legitimar as dimensões políticas, culturais, sociais e de saúde das pessoas que vivem nesse contexto.

Ademais, pouca atenção é dada à saúde da população rural. As condições sociais, de vida e de saúde dessas populações refletem no bem-estar global destas pessoas. Vivemos em um país que apresenta grandes desigualdades em relação a distribuição de recursos financeiros, no qual parte da população vive em situação de vulnerabilidade porque não possui acesso às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde. No entanto, é preciso:

compreender que a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas a vulnerabilidade decorrente da ausência de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. A pobreza se manifesta na falta de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas (BRASIL, 2013a, p. 14).

E, segundo os resultados de diversos estudos, a saúde no campo é mais precária se comparada com a da população urbana devido as limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma deficiência na área de saneamento ambiental. Os serviços de saneamento apresentam déficit de cobertura, pois apenas “32,8% dos domicílios rurais estão ligados à rede de distribuição de água, enquanto a maior parte dessa população (67,2%) capta água de chafarizes e poços (protegidos ou não) diretamente de cursos de água sem nenhum tratamento ou de outras fontes alternativas, geralmente insalubres”. Esse cenário contribui, direta e indiretamente, para o surgimento de parasitoses intestinais e de diarreias, as quais são responsáveis pela elevação da taxa de mortalidade infantil (BRASIL, 2013a).

Além disso, os dados epidemiológicos do campo são elevados em relação ao câncer, HA, alcoolismo, tabagismo, doenças psicossomáticas e o uso indiscriminado de medicamentos. Ressalta-se, ainda, que as pessoas que vivem no campo também estão expostas a inúmeros

agentes que podem causar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, como: lesões por esforços repetitivos, sofrimento mental e intoxicações por metais pesados e agrotóxicos (BRASIL, 2013a).

Frente a este contexto, não pode perder-se de vista que a saúde rural possui características peculiares e não deve ser reproduzida mediante políticas públicas já acordadas que refletem a saúde da população da cidade. Em vista disso, é fundamental que o conhecimento destas comunidades seja aprofundado a partir das ações educativas pelos ACS rurais, que são pessoas que vivenciam cotidianamente este contexto de diversidade cultural e social.

2.2 TRILHA DO TEMPO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS

Nas décadas de 1970 e 1980, começaram as primeiras experiências de trabalho e de formação de ACS, a partir da iniciativa de entidades religiosas, organizações não-governamentais e instituições acadêmicas que desenvolviam atividades na saúde pública e comunitária. Nesse período, o Brasil era administrado pela ditadura militar, e alguns setores religiosos apoiavam as lutas populares contra esse regime político. Nesse contexto em que a liberdade do povo era cerceada, o ACS, morador da comunidade, passou a ter uma importância fundamental na articulação entre as ações de saúde e as comunidades (BRASIL, 2014a).

Como decorrência disso, o Programa de Agentes de Saúde do Ceará surgiu, em 1987, como experiência inédita por ter transformado um plano emergencial para a seca, em que se empregavam temporariamente pessoas das regiões atingidas, em um programa de promoção da saúde, utilizando os mesmos recursos de fundos emergenciais do governo federal (BRASIL, 2014a).

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) foi criado em 1991 como uma das estratégias do Ministério da Saúde para mudar a forma de organizar os serviços de saúde e melhorar o acesso e a qualidade da atenção à população, tendo inicialmente como objetivo central contribuir com a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Posteriormente, após o reconhecimento da experiência cearense, transformou-se em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (SILVA & DIAS, 2012; BRASIL, 2016).

Em 1994, o PACS foi integrado ao Programa Saúde da Família (PSF). A implantação deste programa serviu como modelo de assistência à saúde, que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, fortalecendo o trabalho

dos ACS. Posteriormente, estes programas passaram a ser denominados pelo Ministério da Saúde como “estratégia”: a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) (SILVA & DIAS, 2012).

No entanto, a primeira regularização da atividade do ACS aconteceu somente em 1999, com o Decreto 3.189/99. A criação da profissão de ACS ocorreu em 2002 com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que definiu seu exercício como exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob a supervisão do gestor local em saúde (BRASIL, 2016). O profissional ACS desenvolve atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de visitas domiciliares e ações educativas nas comunidades (BRASIL, 2004a).

Em relação a formação, em 2004, foi elaborado em conjunto pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, que recomenda uma carga horária mínima de 1.200 horas, divididas em três etapas sequenciais (BRASIL, 2014a). Sugere que essa formação seja gradual e permanente e seja realizada pelos estados e municípios em parceria com as escolas técnicas do SUS. Essa formação deve considerar o contexto de trabalho dos ACS, observando as demandas locais (BRASIL, 2016).

Em 2006, foi estabelecida a Ementa nº 51, indicando a contratação do ACS por meio de processo seletivo e a Lei nº 11.350, que estabeleceu o regime jurídico da Consolidação das Leis de Trabalho para esses profissionais (BRASIL, 2016). Já em 2007, foi criada a Lei nº 11.585 que instituiu o dia 4 de outubro como o Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde e do Agente de Endemias (BRASIL, 2014a).

2.3 CUIDADO DOMICILIAR ATRIBUÍDO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O ACS pode ser considerado um personagem-chave de todo o sistema de saúde comunitário, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, além de se destacar pela capacidade de comunicação com as pessoas e pela liderança natural que exerce. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir com a qualidade de vida das pessoas e da coletividade, valorizando questões culturais e integrando o saber popular e o conhecimento científico sobre saúde (BRASIL, 2014a).

Essas características dos ACS demonstram sua importância na promoção e manutenção da saúde da população. O ACS conhece bem o território onde mora e trabalha, o que facilita seu trabalho junto às famílias. No papel de elo entre as equipes de saúde e a comunidade, o

ACS identifica os problemas que afetam a condição de saúde da população e repassa essas informações aos demais profissionais da equipe, contribuindo com o planejamento e o desenvolvimento de ações de cuidado à saúde das famílias no contexto domiciliar (SILVA & 2012).

Cuidar é um processo singular, mas isso não significa que seja solitário, pois implica na coesão e no trabalho em comunidade. Inclusive, pode-se dizer que somente a partir da comunidade é que é possível acompanhar personalizadas a cada ser humano, porque no seio da comunidade se aprende a tratar o ser vulnerável sob outras perspectivas, e isso permite sair de si próprio e fazer uma ideia mais adequada da realidade do próximo (TORRALBA, 2009).

Inserido nesse panorama, destaca-se o domicílio como o *locus* de habitação, de cuidado, de relações e de significados de vida para pessoas. É um local considerado privado, de intimidade, e de *continuum* dos cuidados em saúde (LACERDA, 2015). Frente a este contexto, salienta-se que a realização de visitas domiciliares (VD) é uma atribuição central do processo de trabalho do ACS.

Ao entrar na casa de uma família, o ACS não adentra apenas no espaço físico, mas em tudo o que aquele espaço representa, tais como os códigos de sobrevivência, as crenças, a cultura e a história da família e das pessoas. O ACS necessita ter sensibilidade/capacidade de compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança, a fim de construir o vínculo necessário para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação durante o cuidado domiciliar (BRASIL, 2009).

Nesse ínterim, para se ter um bom resultado durante o cuidado domiciliar, o ACS deve olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos e relações e qualquer outra coisa ou situação que façam parte de seu existir e estar no mundo (LACERDA, 2010). Outro aspecto importante a considerar no trabalho dos ACS é o planejamento, a execução e o registro dos dados durante a VD.

Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se também o tempo das pessoas visitadas. O planejamento pode ser realizado por meio de um roteiro, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias cadastradas da microárea adscrita. Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada à realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita. Após a realização da

visita, o ACS deve verificar se o objetivo foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias (BRASIL, 2009).

Além disso, o ACS desempenha a função de educador popular. Esta educação pode incluir desde a explicação sobre informações técnicas, relacionadas a doenças e aos tratamentos de saúde, mas também pode ser uma forma de aprofundar a compreensão da família acerca da realidade em que vive, e sobre os problemas que devem ser enfrentados (BRASIL, 2014a). Ressalta-se, ainda, que ao identificar ou tomar conhecimento de uma situação-problema, o ACS precisa conversar com a pessoa e/ou familiares e depois encaminhá-la(los) à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada pelos profissionais de referência. Em vista disso, é fundamental que toda a equipe assuma a tarefa de cuidar do usuário, reconhecendo que, para abordar a complexidade do trabalho em saúde, são necessários diferentes olhares, saberes e fazeres (BRASIL, 2009).

2.4 CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: ABORDAGEM DO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CUIDADO DOMICILIAR

As doenças crônicas fazem parte de um conjunto de condições crônicas relacionadas a múltiplas causas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013). Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014b).

Na população mundial, e também na brasileira, as DCNT se tornaram, atualmente, um grande desafio frente aos cuidados primários de saúde, pois atingem as camadas mais carentes da população e os grupos mais vulneráveis. Dentre as patologias crônicas de maior impacto mundial podemos citar: as doenças do aparelho circulatório, a DM, o câncer e as doenças respiratórias crônicas; estas apresentam fatores de risco em comum como o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação não saudável e o consumo de álcool (BRASIL, 2014b). No Brasil, esses fatores de risco são monitorados por meio de diferentes inquéritos de saúde, com destaque

para o monitoramento realizado pela Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) implantada desde 2006 em todas as capitais do país (BRASIL, 2017).

Neste sentido, políticas públicas que contemplem intervenções consideradas efetivas e de elevado custo/benefício por resultarem rapidamente em aumento da sobrevida e redução da incidência dessas doenças têm sido altamente desejáveis. Com isso, em 2011, foi introduzido o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022), que objetiva prevenir e controlar as DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção às pessoas com doenças crônicas. O Plano tem como metas a redução da mortalidade prematura (<70 anos), a redução da prevalência de obesidade e do consumo abusivo de álcool, contribuir com o aumento da prevalência da atividade física no lazer, promover a melhora do consumo alimentar com foco em frutas e hortaliças e baixo consumo de sódio, e auxiliar na redução da prevalência de tabagismo entre adultos (BRASIL, 2011).

Inserido nesse panorama, destaca-se a HA e a DM entre os cinco principais riscos de mortalidade no mundo. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada três pessoas adultas têm a HA e uma em cada dez apresenta DM (WHO, 2012). Ademais, na população norte-americana, a prevalência de HA aumentou entre os períodos de 1988-1994 e 2005-2008, passando de 26,4 para 31,6% nos homens e de 24,4 para 29,8% nas mulheres. Nessa mesma população, entre os anos de 2005 e 2008, o DM atingia 4,0% e 14,0% da população nas faixas etárias de 20 a 44 e 45 a 64 anos, respectivamente (CDC, 2010).

No Brasil, em 2016, 25,7% e 8,9% da população na idade de 18 anos ou mais apresentavam diagnóstico de HA e DM, respectivamente, com prevalência maior entre as mulheres, indivíduos com mais idade e menor nível educacional (BRASIL, 2017).

Tradicionalmente, a arte de curar tem adquirido uma notoriedade muito superior à ação de cuidar, mas é evidente que, em uma concepção holística da saúde, o cuidar, ou seja, acompanhar adequadamente os enfermos, é completamente necessário e, por isso, se impõe a tarefa de repensar essa *práxis* a partir de sua própria essência (TORRALBA, 2009).

Nesta vertente, estão as ações de atenção à saúde voltadas para a população com HA e DM que são desenvolvidas com base na classificação de risco, adesão e resposta ao tratamento, na presença de fatores de risco associados, no grau de instrução e autonomia. Somando-se a isto, o ACS desenvolve um papel muito importante no acompanhamento das pessoas com HA e DM a partir do cadastramento, do acolhimento, das ações educativas e de promoção da saúde, além da busca ativa da população que não adere às consultas e ao tratamento (BRASIL, 2015). Além disso, por meio das VD, conhece quem são os trabalhadores residentes na área de atuação

das equipes, suas condições de vida e saúde, bem como as situações de vulnerabilidade e risco aos quais estão expostos (SILVA & DIAS, 2012).

Por este motivo, é fundamental que as pessoas com doença crônica estejam bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. Os resultados alcançados são menos sintomas, menos complicações e menos incapacidades (BRASIL, 2014b).

O ACS reconhece, muitas vezes de modo intuitivo, a contribuição do trabalho no processo saúde-doença das pessoas e aplica este conhecimento nas suas práticas cotidianas, enquanto mediador e elo entre os saberes e as práticas das equipes de saúde e a comunidade (SILVA & DIAS, 2012). O ACS desenvolve seu processo de trabalho em conjunto com as pessoas que não possuem o diagnóstico de HA e DM, mas apresentam fatores de risco e com as pessoas diagnosticadas com HA e DM.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da HA e DM a partir do estímulo à adoção de hábitos alimentares saudáveis; controle do sal; redução/abandono do consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo; realização de atividades físicas regulares; controle do peso; verificação regular da pressão arterial e o acompanhamento da pressão arterial e da glicose conforme orientação da equipe de saúde. Além disso, o ACS deve identificar as pessoas com HA e DM de sua área de atuação e alimentar os sistemas de informação em saúde); orientar/verificar o comparecimento às consultas agendadas na Unidade Básica de Saúde (UBS); perguntar se o usuário que faz uso de medicamentos prescritos os está tomando com regularidade e informar à equipe a ocorrência de dificuldades nesse processo, assim como orientar sobre a importância da adesão ao tratamento (BRASIL, 2009).

Entretanto, a atuação do ACS não está restrita apenas ao domicílio, ocorrendo também nos diversos espaços comunitários. Nestes espaços, o ACS estimula a participação dos usuários em grupos de orientação e de autoajuda, como grupos de caminhada, de estímulo à alimentação saudável, entre outros; e, elucida à comunidade, por meio de ações individuais ou coletivas, os fatores de risco para as DCNT, orientando sobre as medidas de prevenção (BRASIL, 2009).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Apresenta-se, neste capítulo, o delineamento do estudo; o cenário e os participantes do estudo; a coleta de dados; a análise dos dados, bem como as considerações éticas.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo e natureza qualitativa. Optou-se pela realização de uma pesquisa de campo, pois considera-se que a técnica permite o aprofundamento acerca da temática escolhida, uma vez que o desenvolvimento do estudo aconteceu no próprio local em que se origina o fenômeno, com maior aproximação entre os participantes e o pesquisador (GIL, 2017). Quanto ao estudo descritivo, considera-se que permite conhecer as características de determinada população ou fenômenos, ao descrever as ações educativas desenvolvidas por ACS no cuidado às pessoas com HA e DM que vivem no campo (GIL, 2017).

Segundo Yin (2016), a pesquisa qualitativa pode ser definida a partir de cinco características: estuda o significado de vida das pessoas nas condições em que realmente vivem; representa as visões e perspectivas dos participantes; abrange as condições contextuais; contribui com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano e esforça-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em apenas uma. A pesquisa qualitativa é entendida como adequada ao problema de pesquisa, uma vez que, conforme Yin (2016) traz, permite a representação dos significados dados a fatos da vida real pelas pessoas que os vivenciam, não os valores, as pressuposições, ou os significados mantidos por pesquisadores.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi composto por todas as unidades de saúde do meio rural da rede pública de atenção básica do município de Cachoeira do Sul. A cidade localiza-se na região central do Rio Grande do Sul e situada a 200 km de distância da capital Porto Alegre, possui uma população estimada de 82.547 habitantes e apresenta área geográfica extensa e acidentada, com 3.735,164 km² (IBGE, 2018). Compõe a 27^a Região de Saúde, que corresponde a 8^a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com 12 municípios, sendo este o município sede da

CRS. Possui 22 UBS, sendo que oito são unidades de Saúde da Família, seis localizadas na zona urbana e duas na zona rural e 14 UBS tradicionais, destas, nove estão localizadas na zona rural e cinco na zona urbana¹.

De acordo com o último Censo, o Brasil possui 2.838.109 habitantes que residem na zona rural; o estado do Rio Grande do Sul, 125.730; e a cidade de Cachoeira do Sul, 12.128. Sendo assim, o município apresenta 14% da população rural distribuída em seis distritos: Ferreira, Bosque, Três Vendas, Barro Vermelho, Capané e Cordilheira. Os distritos do interior, por sua vez, são divididos em localidades, destacando-se Vila Piquiri (na Cordilheira), São Lourenço (na Ferreira) e Três Vendas (IBGE, 2010). Nestas localidades, estão divididas 11 unidades de saúde com equipe mínima de profissionais para atender as necessidades da população do campo. O município possui 79 ACS, destes, 21 estão distribuídos na zona rural. A escolha do município se deu por conveniência, por ser o local de residência e trabalho da pesquisadora principal.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os ACS residentes na área rural delimitada pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). A seleção dos participantes ocorreu de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ACS vinculados a unidades de saúde inseridas na zona rural. Foram excluídos os ACS que estavam em férias, laudo ou atestados no período de coleta de dados. Destaca-se que a pesquisadora principal possui vínculo profissional com os(as) ACS.

O número total de participantes não foi definido previamente, tendo em vista que foi seguido o critério de saturação de dados. Dessa forma, o número de participantes deste estudo foi baseado em orientações de Minayo (2015), que caracteriza a saturação de dados quando nenhuma informação nova é acrescentada ao processo de pesquisa. Este critério denota o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. Estavam em atividades laborais 79 ACS, destes, 21 estavam distribuídos na zona rural. Aceitaram participar desta pesquisa 16 ACS, sendo excluídos quatro profissionais que se encontravam em licença saúde e um que não aceitou participar do estudo.

¹ Informação obtida da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cachoeira do Sul/RS

3.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado (APÊNDICE C). A entrevista semiestruturada busca contextualizar o comportamento dos sujeitos, fazendo a sua vinculação com os sentimentos, as crenças e os valores permitindo, sobretudo, que se obtenham dados sobre o passado, de maneira explícita, porém tranquila, e em comunhão com o entrevistador que deverá, inicialmente, transmitir atitudes que se transformem em transferência e troca mútua de confiabilidade (ROSA; ARNOLDI, 2014).

Para cada participante da pesquisa, foi realizado um convite, de forma presencial nos seus locais de trabalho e também por meio de contato telefônico para o agendamento do dia, horário e local de preferência do entrevistado. Os ACS optaram por realizá-las na unidade de saúde em que estavam vinculados na zona rural (oito) ou em uma sala cedida pela Secretaria de Saúde em uma unidade de saúde central (oito), o que foi acatado pela pesquisadora. Durante a entrevista somente pesquisadora e entrevistado(a) estavam no local agendado. Afim de assegurar os princípios éticos da pesquisa, os(as) ACS foram informados sobre os objetivos da pesquisa, tiveram suas dúvidas elucidadas e realizaram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para fornecer o seu consentimento. Todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, que no momento do estudo exercia a função de Enfermeira Rural e também de professora do ensino superior no mesmo município da coleta.

As entrevistas foram armazenadas por meio de gravação em áudio, sob autorização do participante, afim de extrair o maior número possível de informações e de garantir a fidedignidade aos depoimentos dos(as) participantes. A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2019, tendo as entrevistas, uma duração média de 50 minutos com cada participante.

As mesmas foram transcritas na íntegra, registradas em arquivo Microsoft Word 2010. Foram compostas por duas etapas: a primeira com dados referentes às características demográficas e socioeconômicas dos participantes e a segunda com questões que versavam sobre as atividades laborais dos ACS; significado das ações educativas e em que momentos no cotidiano de trabalho elas eram realizadas às pessoas com HA e DM; atividades participativas em capacitações e cursos de educação continuada sobre doenças crônicas; uso de materiais de informação na realização das atividades educativas, bem como os desafios e potencialidades de realizar essas ações na área rural.

Foi utilizado o sistema alfa numérico para identificação dos participantes da pesquisa, com a sigla “ACS” para identificar os(as) agentes comunitários de saúde, seguidos de um numeral ordinal crescente, conforme a ordem cronológica de realização, como, por exemplo: ACS-01.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A técnica de análise de dados pertinente ao presente estudo fundamentou-se pela análise de conteúdo proposta por Bardin. Essa metodologia define-se como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016).

A organização da análise foi composta por fases, dispostas como três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (que inclui a inferência e a interpretação). A pré-análise consistiu na transcrição das entrevistas na íntegra e na leitura flutuante dos textos, tomando contato exaustivo com o material. A seguir, na segunda fase, os arquivos foram transferidos para o Software NVivo®11, versão on-line que possibilitou recortes e as escolhas das unidades de registro, elegendo-as e codificando-as para a busca dos sentidos dos depoimentos dos participantes, por meio da elaboração de quadros analíticos, em formato de documento editável (Microsoft Word®). Dessa forma, as unidades temáticas foram classificadas com base em um grupo de elementos, um processo chamado categorização semântica. No tratamento dos resultados, pôde se compreender sob a perspectiva dos ACS como ocorrem as ações educativas desenvolvidas no cuidado a pessoas com HA e DM que vivem no campo.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa atendeu às recomendações presentes na Resolução nº466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e, posteriormente, apresentado a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Cachoeira do Sul/RS para obtenção da autorização institucional (ANEXO A). Após, o projeto

foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado para análise do CEP/UFSM. A produção dos dados iniciou somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº 13164819.9.0000.5346 e parecer nº 3.343.665 de 23 de maio de 2019 (ANEXO B).

O princípio ético da autonomia foi preservado através da voluntariedade dos participantes, na participação da técnica de produção dos dados, podendo exercer o livre direito de escolha, mesmo após aceitar participar do estudo, podendo assim, a qualquer momento se retirar dessa, sem penalização alguma. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi entregue anteriormente à entrevista, assinado em duas vias, uma destinada ao participante e outra de posse das pesquisadoras. Por meio deste e do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B), os participantes tiveram sua privacidade assegurada em todas as etapas da pesquisa, e, no que se refere ao anonimato, esses participantes foram identificados pela sigla ACS (de agente comunitário de saúde), seguida de um numeral ordinal (01, 02, 03, sucessivamente), conforme a ordem de realização das entrevistas.

Os benefícios do estudo para os entrevistados são indiretos, porém a pesquisa poderá disponibilizar momentos de reflexões, maior conhecimento sobre a temática abordada e poderá auxiliar na qualificação das atividades realizadas no cuidado prestado no município, bem como propor novas ações a partir do reconhecimento das demandas específicas da comunidade. Em relação aos riscos, foi salientado aos participantes que poderia haver possíveis constrangimentos ou aspectos psicológicos que os participantes poderiam sentir durante a entrevista, ao expor algum fato relacionado ao tema em estudo. Diante dessa situação, as pesquisadoras conversariam a respeito dos sentimentos envolvidos na situação, e a coleta de dados seria suspensa e remarcada para uma nova data, se este fosse o desejo do participante.

As informações do estudo foram exclusivamente de uso científico e os materiais impressos e digitais decorrentes do estudo ficarão sob responsabilidade da Profa. Dra. Maria Denise Schimith, por um período de cinco anos, e serão guardados na sala 1305 A, no prédio 26 A do CCS da UFSM, sendo descartados após este período.

A devolutiva do estudo ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM será por meio da dissertação de mestrado, publicação de artigos científicos, construção de trabalhos completos/resumos e apresentação em eventos. Para a SMS/Cachoeira do Sul será desenvolvida uma Roda de Conversa para apresentação desses materiais aos serviços e aos participantes envolvidos no processo, facultando, assim, um momento de ponderação, de reflexão e de discussão acerca do tema.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 16 ACS residentes na área rural delimitada pela EACS. Destes, 15 (93,75%) eram do sexo feminino e um (6,25%) do sexo masculino. Seis (37,5%) possuíam de 30 a 39 anos de idade, três (18,75%) de 50 a 59 anos de idade, três (18,75%) de 20 a 29 anos, e houve dois (12,5%) de 40 a 49 anos e um (6,25%) de 60 a 69 anos.

Quanto a escolaridade, todos (100,0%) os participantes possuíam oito ou mais anos de estudo. O tempo de atuação dos ACS na microárea de abrangência variou de três a 21 anos e eles possuíam em média 126 famílias cadastradas. Todos (100,0%) os sujeitos da pesquisa ingressaram neste cargo através de concurso público. É importante salientar que, a maior parte dos ACS reside na comunidade em que realiza as atividades laborais desde o nascimento.

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

Quatro unidades temáticas foram elaboradas para responder aos objetivos do estudo: *“Ações educativas no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde”*; *“Dificuldade dos(as) Agentes Comunitário de Saúde na implantação das ações educativas no cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na comunidade”*; *“Educação permanente dos(as) Agentes Comunitário de Saúde: necessidades identificadas”*; e *“Especificidades do trabalho do(a) Agente Comunitário de Saúde rural”*.

4.1 AÇÕES EDUCATIVAS NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Os(as) ACS descrevem o que é, para que e como é realizado seu trabalho quando relacionado às ações educativas para pessoas com diagnóstico de HA e DM. Pode-se observar que são diversos aspectos abordados e as pessoas são vistas como um todo, conforme os relatos que seguem:

O nosso objetivo é levar informações às pessoas que estão no campo, elas são muito deficientes disso, a gente faz um acolhimento deles; verifica de uma forma não muito direta as condições [de saúde] deles

porquê de certa forma no interior as pessoas são mais resguardadas. É uma conversa meio que informal para tentar averiguar como é que estão as condições da casa, as condições sociais. (ACS-10)

Orientamos as pessoas quanto à alimentação, cuidado [e fazemos o] monitoramento, [o usuário] tem que ser monitorado. (ACS-01)

Ações educativas é tu ensinares maneiras de a pessoa então conviver com aquilo ou ela pode não chegar naquele problema sabe, conter antes que se alastre. (ACS-03)

O trabalho eu acho que é uma surpresa diária assim, né? porque a gente vai para área com o intuito de fazer uma ação educativa em saúde [...] a gente fala sobre alimentação; fala sobre os cuidados de higiene pessoal, até coletiva; fala sobre sexualidade; fala então sobre as doenças crônicas; fala sobre diversos assuntos relacionados à saúde. (ACS-03)

[O objetivo do nosso trabalho é] orientar, né? Estamos educando as pessoas para viver melhor. (ACS-15)

A partir dos relatos apresentados, é possível identificar que o ACS é um elo importante entre a comunidade e às questões voltadas para a educação em saúde, haja vista que o seu trabalho agrega saberes técnicos e populares. Dessa forma, as práticas educativas realizadas diariamente no território, são um meio de divulgação de informações seguras para a prevenção das doenças e promoção de saúde, conforme apontam os relatos.

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

Nos juntamos com as colegas [agentes comunitárias de saúde] que são mais próximas [da minha área] e participamos juntas [das atividades], montamos as palestras. (ACS-06)

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

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

Realizo as ações educativas nas casas, individual, para a família, mas, às vezes, eles encontram a gente no mercado, na comunidade. (ACS-10)

Ao abordar como as atividades educativas são desenvolvidas, os(as) ACS indicam que as pessoas atendidas por eles são vistas em uma perspectiva integral. Identificou-se também a preocupação dos(as) ACS para que a orientação faça sentido para às pessoas que as recebem:

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

Eu comecei a fazer uma roda de conversa nas casas, uma senhora que ofereceu a casa, que é grande, aí convidamos os cadastrados daquele lado e eu fiz uma atividade com balão, daí jogava o balão para cima, cada uma [das usuárias] segurava o seu balão, [como uma analogia de que] cada um cuidando da sua saúde como cuidou do balão e não cuidando a vida do vizinho, mas sim cuidando da sua vida, sabe? (ACS-05)

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

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

O que [...] a gente já fez também é reunir algumas vizinhas ali mais da proximidade e fazer uma roda de chimarrão, cada um leva um bolinho [...] e vamos conversando sobre o diabético, o hipertenso; orientando. (ACS-01)

Participaram [do grupo] 15 mulheres, bastante para o primeiro encontro; no final, eu fiz uma confraternização. (ACS-05)

Percebe-se que a intenção dos(as) ACS é estimular a mudança do estilo de vida. No entanto, o “bolinho”, a “confraternização” estão presentes. As mudanças no estilo de vida podem fazer parte das ações educativas realizadas pelo(as) ACS, que pode orientar as pessoas que vivem no campo a cultivarem a sua própria horta e ainda ter uma alimentação mais saudável, aproveitando os alimentos do dia a dia, como demonstra o depoimento a seguir:

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

Os(as) participantes do estudo apontaram também a importância de firmar parcerias entre a saúde e os diversos setores sociais para o fortalecimento das ações em saúde no meio rural:

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

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

Para alcançar resultados em saúde, os(as) ACS citaram a articulação intersetorial e a educação com sentido como uma potencialidade do seu trabalho, conforme apresentado nos relatos anteriores. O uso da tecnologia, bem como a realização das ações educativas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), foram relatados como uma estratégia para a efetividade da educação em saúde:

Eu fiz recentemente um grupo no WhatsApp [...] e eu procuro sempre colocar [...] algumas informações sobre saúde. (ACS-03)

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

Com relação ao planejamento para a realização das ações educativas, os(as) participantes do estudo declararam que as atividades com os doentes crônicos são planejadas em conjunto com os profissionais da saúde e também com os usuários cadastrados. Dessa maneira, o cuidado se torna resolutivo, favorece a participação, o comprometimento individual e coletivo e a resolutividade, por ser contínuo e ocorrer de acordo com as necessidades de informações dos usuários:

A gente faz as atividades durante o ano, no mês de dezembro a gente encerra as atividades, janeiro ficamos de férias e no mês de fevereiro a gente faz uma programação das atividades, a gente se reúne [com o grupo de trabalhadoras rurais] e elas dão ideias, e eu faço um cronograma e aí a gente se guia dentro do cronograma durante o ano. (ACS-06)

A ação educativa é a uma das ferramentas de trabalho do ACS, valoriza as questões culturais do território e possibilita momentos de troca de informações e o compartilhamento do saber popular e do conhecimento profissional. O desenvolvimento destas ações ocorre por meio da VD ou de atividades realizadas em grupos nos diversos cenários da comunidade, através do exercício do diálogo e da escuta ativa. Os(as) ACS apontaram que as informações devem ter sentido e devem levar em conta as características e as necessidades de saúde do grupo em questão.

4.2 DIFICULDADE DOS(AS) AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos(as) ACS durante a realização das ações educativas junto a pessoas com HA e DM, os participantes do estudo mencionaram a falta de

apoio da equipe de saúde. Cabe salientar que o enfermeiro tem um importante papel como supervisor e educador dos(as) ACS, fortalecendo as vivências já acumuladas e agregando novos conhecimentos às atividades realizadas:

Sinto mais falta de apoio [...] dos enfermeiros. Às vezes, o enfermeiro não pode ir na nossa área, mas nos dá um suporte [...] na unidade [de saúde], assim aprendo mais e posso levar para eles [os usuários] o conhecimento. (ACS-01)

Queria conseguir um profissional que falasse com eles [os usuários], entendeu? Porque eu falo, rezo uma missa, sabe? E é complicado... Acho que seria uma ótima ação se alguém explicasse [para os usuários] como funciona, como é, qual é a reação que acontece no corpo quando a pressão está muito alta, entendeu? Qual é a reação que acontece no corpo quando a glicose está muito baixa, entendeu? (ACS-04)

Tentei fazer grupo de hipertensão e diabetes um mês em cada localidade porque a nossa área é muito grande geograficamente, só que a adesão foi muito baixa. Aí, o que a gente tentou foi de o médico ir junto [com as agentes comunitárias de saúde] para “dar” a receita da medicação, renovar a receita, mas as pessoas acabavam indo só por causa da receita. (ACS-08)

Estamos criando um projeto de tabagismo, como na minha área não tem postinho [unidade de saúde], aí nós estamos combinando com os líderes da minha área e nesse dia a enfermeira vai junto [conosco]; ela faz acupuntura e põe a sementinha, aí ela vai levar [no encontro]; nós vamos levar [também] o aparelho de pressão, de diabetes [glicosímetro] para verificar e ver como vai funcionar, vamos marcar [o grupo] uma vez por mês [na comunidade]. (ACS-14)

Além das dificuldades evidenciadas nos relatos anteriores, os(as) ACS mencionaram também a falta de participação dos usuários nas ações realizadas. Verificou-se que o não envolvimento das pessoas cadastradas nas atividades está relacionada à distância e também à falta de estímulo nas tecnologias em saúde propostas, conforme demonstram os relatos a seguir:

Fazer algum grupo no interior é mais complicado por causa da distância [...], eles [os usuários] não gostam de se locomover, muitas vezes são idosos, né? (ACS-01)

[Na minha área] tem um grupo de mulheres, mas quando tem reunião vão bem poucas mulheres. Eu até nem participo [do grupo]. A gente tinha um grupo de jovens também, aí depois terminou porque as

... pessoas não participam muito destas coisas. No começo [a implantação do grupo] vai muito bem, depois eles já não participam mais. (ACS-02)

Como trabalhamos com uma distância muito grande de uma residência pra outra [...] fica difícil para eu fazer um grupo com essa comunidade, porque como é que eles vão se dirigir até aquele grupo? Difícil até na questão da locomoção deles até a unidade de saúde, porque é muito distante. (ACS-03)

A minha comunidade não gosta de participar de grupos. Já tentei várias vezes, mas não funcionou, não deu certo porque eles já tiveram a experiência com outros grupos que não deram certo. Então, eles têm um pouco de receio”. (ACS-04)

Hoje foi o dia que teve roda de conversa lá na parada de ônibus, porque tinha muita gente... e cada um fala um problema, uma coisa né? [...] nessa comunidade têm pessoas bem instruídas, eles sabem e se não sabem procuram se informar [sobre a sua saúde]; não é uma comunidade pobre de informação. (ACS-12)

Fizemos grupos com orientação no tempo do [médico] cubano, a gente fazia reuniões com orientações para os diabéticos, para os hipertensos; numa mesa redonda todo mundo conversava sobre alimentação, exercícios e sobre atividades para eles realizarem; mas, as pessoas não procuram muito esse tipo de ação, eles preferem fazer o teste [de glicose], verificar a pressão [arterial] e tchau e graças né. (ACS-13)

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

Entretanto, identificou-se por meio dos depoimentos dos(as) participantes do estudo que a comunidade tem interesse em participar de atividades dinâmicas, realizadas em forma de rodas de conversas, oficinas e na sala de espera da unidade de saúde:

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

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

A carência de educação em saúde e de materiais informativos foram identificados entre os problemas levantados pelos(as) ACS. Nesse contexto, as práticas de educação permanente em saúde assumem grande importância, pois levam em consideração os conhecimentos e a experiência que os(as) ACS já têm:

Diversas vezes a gente teve alguns encontros, alguns cursos, mas tem certas situações que tu te deparas na área que a gente não foi preparado nem na vida pra aquilo sabe... Acredito que ainda tem bastante coisa para a gente trabalhar nesse quesito de preparação do agente [comunitário de saúde] para situações que ele encontra na realidade. (ACS-03)

As pessoas estão começando a achar normal ter hipertensão e diabetes. Então, a gente tem que realmente pensar em formas de mudar esse conceito de que é normal ter hipertensão e diabetes. Ainda não achei assim a solução exata para o agente [comunitário de saúde], então, [precisamos] tirar da ideia deles [dos usuários] de que é normal ter hipertensão e diabetes. Mas, eu acho que talvez a gente falando mais sobre esse assunto, tendo mais capacitações sobre isso, continuar trabalhando nisso no dia a dia, a gente vai começar, então, a melhorar isso. (ACS-03)

Tenho dificuldade [de realizar atividades educativas] porque eu não tenho muito material para orientar. (ACS-04)

Quando era feito esse grupo de diabético e hipertensos eu tinha o acompanhamento da equipe. Então, se eu precisasse de um material [informativo] eles levavam pra mim; se precisasse de xerox, eles tiravam para mim... Então, depois disso também, eu sem equipe [de saúde] não tem como, né? E se eu fizer [a atividade educativa] eu vou fazer aonde? Lá na minha casa? O problema é que começa tudo muito bem, tudo maravilhoso, daqui um pouco as pessoas desistem, param, desistem de tudo. (ACS-16)

As principais dificuldades apontadas pelos(as) ACS na implantação das ações educativas estão vinculadas a falta de suporte da equipe de saúde; falta de interesse na participação dos usuários e a falta de educação permanente e de materiais informativos para embasar as ações. Espera-se que as atividades educativas desenvolvidas pelos(as) ACS favoreçam a compreensão do processo de adoecimento por parte da população e da equipe de saúde. Logo, é fundamental que o ACS se torne consciente da sua importância como agente transformador e sinta-se valorizado e melhor preparado para lidar com os desafios cotidianos.

4.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS(AS) AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE: NECESSIDADES IDENTIFICADAS

Em razão da importância que o curso introdutório pode oferecer para a preparação do(a) ACS para sua prática cotidiana no território, questionou-se aos participantes do estudo acerca da capacitação recebida para exercer a sua função. Os relatos expressaram a falta do processo inicial de formação necessário para a atuação desses profissionais de saúde e demonstraram que “as meninas [ACS] que começaram a pouco tempo, aprenderam na experiência, vindo no dia a dia, porque não tinham noção de como era, como fazer, o que fazer, onde ir.” (ACS-05), o que é reforçado pelos relatos a seguir:

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

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

Quando eu fiz o concurso, em 2012, não tivemos a experiência que eu tive na primeira capacitação [introdutória], foi mais o básico, não mostrou a realidade de como que é o trabalho do agente comunitário de saúde. Para aquelas [agentes comunitárias de saúde] que são novas, que estão assumindo o cargo, aquilo [o curso] não foi uma coisa que mostrasse assim, que tu estás pronto para começar, como chegar numa casa, porque não é assim, né? Para ti entrar numa casa, tem que saber como chegar, tem que ter ética [...] tu não podes sair de uma casa falando na outra o que que acontece dentro da casa do vizinho. Então, isso aí eu acho que é o principal do agente de saúde. (ACS-05)

Após um ano de concurso, tivemos uma capacitação [introdutória] que abordou o que o agente [comunitário] de saúde tem que fazer, a gente ganhou uma caderneta também das ações do agente [comunitário] de saúde. Bem interessante, e que a gente ainda não tinha tido contato. (ACS-10)

Sinceramente, quando a gente entrou há sete anos [no concurso público], a gente teve três dias de capacitação sobre [como] preencher papéis, porque eram muitos papéis, muitas fichas então a gente

aprendeu a fazer o cadastro, né? O cadastro da família, o cadastro individual, a separar os hipertensos dos diabéticos, os doentes crônicos, gestantes, criança até cinco anos. Mas, basicamente foi preenchimento de papel, né? (ACS-11)

Apesar dos relatos acerca de lacunas na formação continuada inicial, os(as) ACS com maior tempo de atuação, apresentaram uma situação divergente dos demais participantes. Contatou-se que no curso introdutório foram abordados aspectos relacionados a sua integração com a equipe, população, políticas públicas de saúde e promoção da saúde. Cabe destacar também que o enfermeiro foi citado como educador e incentivador durante este processo inicial do seu trabalho.

Eu sou agente [comunitário] de saúde desde 1996 quando surgiu [o cargo] aqui na cidade e aí nós fomos capacitados e o curso foi bem completo. Inclusive, eu acho que o agente [comunitário] de saúde deveria ser mais capacitado porque ele está dentro da casa da pessoa, a orientação que ele passa para pessoa vai ficar... Então, deveria ter uma exigência de uma escolaridade maior e mais capacitações. (ACS-13)

Recebi uma ótima capacitação [introdutória]! Foram duas semanas de treinamento teórico e prático, fizemos bastante atividades em grupo. Naquela época o serviço do ACS era terceirizado e a gente tinha muito treinamento, era o que tu via no dia a dia, o que fazer, como fazer com a tua comunidade. Tinha coisas novas... E a gente tinha muito contato com outros municípios, sempre tinha capacitação, treinamento e a gente aprendia assim, sabia tudo, as diferenças, né? Nas comunidades. (ACS-05)

Eu fui chamada na segunda turma em 2009 e eu fiz uma capacitação com mais seis colegas, durante uma semana, meio turno, das 7h da manhã até às 14h, e fizemos essa capacitação com uma enfermeira, explicando nossa rotina de trabalho, como deveríamos trabalhar, falando sobre ética, que deveríamos ter dentro das casas, a gente preencheu os formulários que tínhamos bastante. (ACS-06)

Eu fui aprendendo aos poucos com ela [enfermeira] né, ela era bem querida e ensinou muita coisa para nós, e me cobrava bastante, então o que eu aprendi foi com ela. (ACS-15)

A falta de educação continuada voltada às condicionalidades crônicas foi apontada como uma dificuldade pelos participantes do estudo. A partir dos depoimentos, é possível identificar que os(as) ACS buscam informações acerca da HA e DM em fontes diversas, como junto aos colegas de trabalho, livros, cartilhas e na Internet. Isso remete ao fato de que a

construção de ações educativas deve estar pautada nas necessidades de saúde e especificidades locais, além de ser articulada ao processo de atenção, à formação/qualificação, à gestão e ao controle social.

A minha colega me deu um livro sobre o agente [comunitário] de saúde e aí eu li, pesquisei como que era a saúde do diabético; quais eram as prioridades; como é que é a pele, porque a pele do diabético é diferente, né? É mais ressecada, aí eu oriento sobre hidratação. (ACS-04)

Acho que nós deveríamos ter uma capacitação sobre as ações educativas [do ACS] porque a gente foi largado [para realizar o papel do ACS] muito a seco, sem nada. Eu me sinto, às vezes, perdida... e aí o que me socorre é a internet. (ACS-04)

O trabalho do ACS é o trabalho mais importante, não porque eu sou ACS, mas porque é um trabalho de ponta. Ele está vivenciando a realidade das pessoas, pois está dentro da casa, é diferente do profissional da unidade [de saúde] que vai avaliar o paciente, mas não conhece a realidade. Então, acho que se tivéssemos mais palestras e coisas assim voltadas a área onde o ACS trabalha, o trabalho seria bem diferente. (ACS-06)

Nos entregaram um livrinho, um manual do agente [comunitário] de saúde, mas aquilo tu começa a ler sozinho e não se torna eficaz, né? Porque tu precisas da prática, né? (ACS-11)

Tem aqui no município a semana do diabético [que é realizada] com uma caminhada com os diabéticos e é bem interessante, e as pessoas que percebo que vão são só do meio urbano, as do meio rural não vão. (ACS-07)

Com relação às dúvidas ou insegurança durante a realização das ações educativas voltadas ao diabético e/ou hipertenso, os(as) participantes do estudo destacaram que “quando a gente entrou [no concurso público], a gente não sabia praticamente quase nada sobre orientação (ACS-08)”. Ainda, a sensação de insegurança no desenvolvimento do seu trabalho e a falta de treinamento voltado para esse público-alvo foram citadas:

Nós tivemos uma palestra [com um médico endocrinologista] sobre a diabetes. Até eu tirei as [minhas] dúvidas [sobre o diabetes] do tipo I, tipo II; até então eu nem sabia o que que era, não sabia, né? (ACS-02)

Já faz sete anos e meio que eu trabalho [como ACS] e eu não me lembro de ter assistido alguma [palestra] sobre hipertensão ou diabetes. Ou que tivesse um profissional [da saúde] que relacionasse o assunto com

os idosos e ensinasse a gente [a orientar esse público], porque eu oriento o que eu sei. (ACS-04)

Tem coisas, às vezes, que tu não sabes como vai responder, porque tem mudança de muita coisa e a gente não é informada muitas vezes que mudou. Então, deveria ter mais capacitação nessa parte, porque a maioria das pessoas são hipertensos e se a gente tivesse treinamentos, capacitações, seria ótimo. (ACS-05)

Aqui [na minha microárea] tem um grupo para diabéticos e hipertensos, mas não é um trabalho voltado ao ACS capacitando-o para trabalhar com o diabético ou hipertenso. Geralmente, o enfermeiro e a médica da unidade [de saúde] que abordam [temas] sobre ginástica laboral, sobre alimentação, bem como o dia a dia deles, mas não é algo capacitando o ACS para sair trabalhando. (ACS-06)

O ACS representa a comunidade dentro da unidade de saúde e sua posição favorece a aproximação dos saberes técnicos e populares. Esse profissional é peça fundamental no envolvimento da população nas ações de saúde, portanto, é de suma importância que esteja instrumentalizado para realizar suas ações no cotidiano da comunidade.

4.4 ESPECIFICIDADES DO TRABALHO DO(A) AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE RURAL

Ao se deparar rotineiramente com os limites da sua atuação, os(as) ACS encontram-se inseridos em um trabalho que apresenta inúmeras dificuldades relacionadas à distância e ao acesso às propriedades, condições precárias das estradas, presença de diversos animais e também a ausência dos usuários em épocas de plantio e colheita de arroz, soja e de fumo. Os participantes do estudo encontram maneiras criativas para enfrentar as adversidades que se apresentam no trabalho desenvolvido, mas, paradoxalmente, silenciam o sofrimento e a ansiedade. A potência do trabalho do ACS é inegável, mas as dificuldades enfrentadas no cotidiano resultam em sentimentos de desânimo e sobrecarga:

A maior dificuldade da gente é a locomoção, tu tens que sair, tu caminhas quilômetros para chegar numa casa, tu chegando naquela casa, às vezes, não encontras ninguém em casa; às vezes, aqueles “cachorrão” que tu nem consegues avisar que tu esteves ali... (ACS-01)

Na área rural o [maior] desafio são as estradas, de bicicleta mesmo não tem mais como ir [realizar as visitas domiciliárias]. Então, a gente

trabalha de carro, de moto... As condições [das estradas] são precárias, a gente sai no barro e as casas ficam longe, com povoados mais distantes. [Outra dificuldade é] não encontrarmos as pessoas em casa na época da lavoura porque estão todos colhendo fumo. (ACS-02)

É uma dificuldade para eu ir até os lugares, porque eu tenho casas 2km distantes uma das outras, e ficam no meio do nada, um deserto sabe? Consigo ir a pé em umas dez casas, que são em uma vila que fica perto da minha casa. Mas, nas outras [casas] não tem como ir [caminhando]. (ACS-04)

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

Outro elemento do cotidiano situado na interface entre as dificuldades e a potência do trabalho dos ACS são as condições climáticas, como frio e a chuva:

Uma dificuldade é o [mau tempo no] inverno, o que muitas vezes atrasa o nosso trabalho, [porque] não tem como ir na casa de um paciente quando choveu muito porque a estrada está ruim. (ACS-06)

As estradas são bem precárias, em dias de barro porque choveu tu tens que esperar dar uma acalmada para depois ir fazer as visitas, não tem como andar de moto... E, mesmo porque eu não vou me arriscar de cair, de quebrar uma perna, de quebrar um braço, né? (ACS-09)

Se eu sair [para realizar as visitas domiciliares] em dias de chuva vou chegar nas casas das pessoas suja, molhada, com barro. E daí, como é que eu vou chegar na casa da pessoa imunda? Vou ficar na rua? Vou obrigar que a pessoa me receba com a casa limpa e eu toda embarrada, molhada, encharcada? (ACS-10)

O papel desenvolvido pelos ACS no desempenho de suas funções pode causar desgaste físico e/ou biológico. Os entrevistados reconheceram que estão expostos em sua rotina de trabalho a mordeduras de cães, picada de insetos, pátios sujos, poeira, barro, presença de animais, condições climáticas como sol e chuva, frio e calor, dentre outros agravantes que dificultam a sua inserção nos domicílios e afetam a sua produtividade. Ainda com relação ao

processo de trabalho, os ACS relataram utilizar seu transporte pessoal e comprar, com seu salário, o combustível para realizar as atividades educativas.

Olha, tem que ter muita coragem [para realizar o nosso trabalho no interior] porque a gente enfrenta cachorros, as estradas tem muito buraco, dependendo do transporte que tu vais, para manter esse transporte fica difícil, [porque] é do nosso bolso... Se tu tens moto, tem a manutenção da moto que sai do nosso bolso, a gente não ganha nada. (ACS-05)

Na minha área tem casas distantes, [o que se torna] difícil, pois temos que andar mais, usar o [nosso] carro ou a [nossa] moto. Tem famílias que não conseguimos visitar todo mês; eu uso meu [próprio] carro para andar no interior e todos ACS do interior usam seus [próprios] carros ou motos, não tem como fazer todas as visitas no mesmo dia... Tu achas que eu vou conseguir ir [trabalhar] de manhã, voltar para a minha casa a pé e, voltar à tarde [para fazer mais visitas]?! Não tem como! (ACS-06)

Agora que eu estou morando na cidade [o meu maior desafio] é o deslocamento, né? Eu tenho que andar 30km por dia [para chegar até a unidade de saúde] e a prefeitura não ajuda no deslocamento. (ACS-08)

As estradas estão horríveis, é muito barro, muito buraco. E, um barro assim que tu não tens nem como caminhar, né? E eu faço as visitas [domiciliares] quase sempre a pé. Assim, os corredores mais longes, às vezes, o meu marido me leva de carro, me larga lá no fundo [do corredor] e eu venho subindo [a pé]. E aí, tem os lugares bem distantes, né? que dá 5km caminhando para ir, 5km para voltar (risos). Aí, tu vais parando, conversando, toma um chimarrãozinho, come um bolinho (risos). (ACS-11)

Se eu vou mais longe de moto, a prefeitura não vai custear a minha gasolina, né? Então, assim, eu vou aonde eu posso, tem casas que eu não fui ainda porque é muito longe e é corredor. E, é um desafio que eu enfrento, [porque] tem famílias lá que necessitam muito, muito, muito, muito, e que o único acompanhamento que elas têm mesmo é o do agente de saúde. (ACS-16)

Os desafios vivenciados pelos ACS no trabalho no campo extrapolam as ações específicas das categorias profissionais devido à complexidade e diversidade de problemas. Nos relatos foram descritas situações como a impossibilidade de locomoção até a unidade de saúde para alimentação e utilização do banheiro no decorrer do expediente:

Eu percebo que a gente não tem uma segurança para trabalhar: para eu usar um banheiro no meio rural, ou eu vou no “matinho” ou eu peço

para o meu cadastrado. Temos que levar o próprio lanche porque estou longe de casa, e no meio rural não [tem] venda para comprar. O certo hoje dentro das legislações é ter um local para fazer as refeições, e se eu trabalhar dentro do meio urbano eu vou voltar para casa ou vou chegar num restaurante, claro que no meio rural eu também tenho minha casa, mas como a minha casa fica a 20km da minha área, eu não vou voltar 20km, eu vou continuar... claro que vou voltar mais cedo para casa, mas eu também preciso me alimentar. (ACS-07)

Por ser rural a minha distância [entre as residências] é muito longe, né? E aí, antes eu fazia as visitas a pé, mas ficava ruim. Agora, por causa da fibromialgia eu não consigo dirigir muito, aí eu comprei uma “bizinha” [moto], aí eu saio de manhã e volto ali pelas 4 horas da tarde, eu não venho em casa, muito raro eu vir em casa para almoçar, né? Eu sempre levo alguma coisa para eu comer e passo o dia andando de “bizinha” e visitando as pessoas. (ACS-14)

Os entrevistados apontaram que as exigências de produtividade feitas pelos gestores, equipe de saúde e pela própria comunidade resulta em uma sobrecarga de trabalho. Além disso, salientaram que o longo percurso diário para realização das atividades educativas somado a necessidade de utilizar os sistemas de informação para a digitação dos dados provenientes do trabalho fez com que alguns ACS desenvolvessem resistência para lidar com tais ações:

Nossa rotina de trabalho é diária, são oito horas de trabalho por dia. São feitas de quatros a cinco visitas domiciliares por dia por conta da distância de uma residência a outra. E tem mais o trabalho interno que é a digitação no sistema ou a organização do trabalho para o outro dia. (ACS-06)

[Uma das dificuldades enfrentadas são] as cobranças da administração, porque, às vezes, eles cobram de uma maneira... e, nunca ninguém veio aqui ver a nossa área, né? E aí, depois fica fácil cobrarem que os agentes [comunitários de saúde] estão caminhando pouco, mas ninguém veio aqui [ver a nossa realidade], né? Eu acho que isso incomoda... ninguém veio ver as distâncias, né? (ACS-11)

Eu caminho até 4, 5km por dia na estrada de chão, no sol quente, já nos dias de chuva a gente não sai, né? Não tem como! Esse mês vai dar pouquíssima produção, porque choveu, né? (ACS-12)

Da unidade [de saúde] que tinha [na comunidade] até a última casa da minha área dava 9 quilômetros. E aí, até a balsa que seria o certo, né? antes de fazerem o mapeamento de novo, vinte e um quilômetros... que jeito que eu ia andar vinte e um quilômetros a pé? Olha, quem mapeou isso daí só pode ser um papa-léguas, porque eu não tenho perna para andar tudo isso. (ACS-16)

Condições mínimas para o trabalho no campo, como calçados adequados, protetor solar ou roupas com fator de proteção solar, ajuda de custo para o combustível que utilizam, são questões não providas aos participantes do estudo, o que vem a tornar o seu trabalho ainda mais desafiador. É justamente a partir dessa perspectiva que o trabalho do ACS acaba por ser desvalorizado.

5 DISCUSSÃO

A maioria dos participantes deste estudo foi composta por mulheres, com idade mínima de 29 anos e idade máxima de 65 anos, legalmente casadas, católicas, brancas e que possuíam oito ou mais anos de estudo, o que corrobora com estudo realizado em um município da Zona da Mata Mineira, o qual identificou predomínio do sexo feminino entre as ACS, com idade entre 24 e 73 anos, casadas, brancas e com ensino médio completo (ANDRADE et al., 2018).

A predominância de mulheres na profissão foi demonstrada em outros estudos com ACS. Alguns autores referem que isso ocorre devido ao fato de a população mostrar resistência ao ACS do sexo masculino, e por outro lado, as mulheres serem maioria nessa profissão em virtude do papel de cuidadora que exercem na sociedade (DANTAS, 2020). Quanto à escolaridade, cabe destacar a Lei nº 15.595/2018, a qual procurou preencher as lacunas deixadas pelas legislações anteriores em relação as atividades a serem desenvolvidas por esses trabalhadores e os requisitos para ocuparem o cargo. Acerca disso, podemos citar a ampliação do grau de formação deste profissional que, em seu Art. 6º, propõe que o trabalhador deverá ter concluído o Ensino Médio, o que vai ao encontro dos resultados da presente pesquisa.

No que concerne às atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho dos ACS, os(as) participantes do estudo mencionaram que o seu trabalho é marcado pela troca de saberes técnicos e populares e também pelo compartilhamento de informações por meio da realização de atividades educativas pontuais, de cunho individual ou coletivas. Tais atividades estão voltadas às orientações que façam sentido para as pessoas que a recebem e tem ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde da população. Estudo que analisou como as ações educativas estão sendo desenvolvidas no ESF do município de Francisco Morato, no estado de São Paulo, afirma que as ações educativas não consistem apenas em orientar as pessoas sobre providências para prevenção e controle dos agravos a saúde. É necessário que sejam desenvolvidas no sentido de estimular o conhecimento e o cuidado de si mesmo, fortalecendo a autonomia, a solidariedade e a responsabilidade comunitária na busca de melhores condições de vida; corroborando com os achados do presente estudo (GOTTARDI; SILVA, 2006; BRASIL, 2009).

Acerca disso, a literatura afirma que os significados do adoecimento e do estar doente para as pessoas atendidas são pouco considerados, compreendidos e apreendidos pelos trabalhadores da saúde. Nessa perspectiva, ao fazerem orientações ou desenvolverem ações educativas o fazem apenas segundo suas crenças, o que nem sempre está em consonância com o usuário. Ao partir do pressuposto de que os profissionais não reconhecem que o usuário possui

um conhecimento sobre o seu problema de saúde, além de, também, desenvolver práticas de cuidado que nem sempre são reconhecidas, Kleinman (1980) desenvolveu os Sistemas de Cuidado à Saúde. Nesse contexto, saúde, doença e cuidado fazem parte de um sistema cultural que fornece os caminhos para interpretação de sua condição de saúde-doença e propicie as ações possíveis para o cuidado e/ou a cura e, constituem-se internamente pela interação de três Setores: Popular, Folk e Profissional. O Setor Popular ou Informal é constituído pelas pessoas não profissionais próximas ao doente e por todo tipo de atividade e de apoios das redes sociais. O Setor Folk ou Tradicional é representado pelos grupos religiosos, benzedeiros, curandeiros, rezadores e especialistas em ervas que prestam cuidados por meio de tratamentos manipulativos, rituais de cura, dentre outros. Já no Setor Profissional estão as profissões de cura da rede oficial de assistência à saúde (AMADIGI et al, 2009; SILVA et al, 2015 APUD KLEINMAN, 1980).

O processo educativo é um dos elementos fundamentais para se garantir a qualidade da atenção prestada na saúde e deve levar em consideração o conhecimento e experiência dos ACS permitindo a troca de saberes com a comunidade. Segundo o educador Paulo Freire, as *“atividades educativas são momentos de encontro e nesses encontros não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais”* (FREIRE et al., 2005, p. 165). Nesse sentido,

“o educador já não é apenas o que educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os argumentos da autoridade já não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de ‘estar sendo com’ as liberdades e não contra elas” (FREIRE, 2005, p. 79).

As ações educativas desenvolvidas pelos(as) ACS no cuidado as pessoas com HA e DM identificadas foram a VD, realização de grupos de convivência, rodas de conversa, palestras e atividades em sala de espera. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2017), as atividades dos ACS devem ser realizadas através do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico articuladas junto a outros membros da equipe multiprofissional de saúde, quando necessário.

Nesse sentido, durante a realização dessas estratégias educacionais, o ACS deve incentivar modificações do estilo de vida, que incluem uma alimentação saudável, redução da ingestão de sal e consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo, perda de peso, aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio e a prática de atividade física. Diante da relevância da alimentação no controle da HA e do DM e por ela estar diretamente relacionada a questões psicossociais e culturais, as diretrizes brasileiras e manuais ministeriais indicam alguns instrumentos que podem apoiar as ações educativas em saúde, como o *Guia Alimentar para a População Brasileira* e os *Dez Passos para uma Alimentação Saudável*, os quais contemplam as recomendações das sociedades médicas baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014c; SBD, 2019; BARROSO, 2021).

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

Identificou-se ainda que as atividades educativas são planejadas em conjunto com os profissionais da saúde e também com os cadastrados. Dessa maneira, o cuidado se torna resolutivo, contínuo e busca atender as necessidades de informação dos usuários. Entende-se que a equipe de saúde deve ser corresponsável no planejamento e execução das ações educativas. Porém, cabe destacar a importância do enfermeiro em colaborar com esse processo, visto que em suas atribuições específicas, estão o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe (PNAB, 2017). Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve um importante papel como supervisor e educador dos ACS de forma a gerar novas competências e habilidades ao trabalho, fortalecendo as experiências já vivenciadas e proporcionando novos conhecimentos aos ACS.

A partir da análise dos relatos dos(as) ACS foram identificadas lacunas para a implantação das ações educativas com hipertensos e diabéticos, como a escassez de materiais informativos e de capacitações voltadas para as doenças crônicas, e a falta de apoio da equipe de saúde durante a realização das atividades. Estudo realizado em Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, identificou que a inexistência de materiais e recursos interfere negativamente no sentido de que, mesmo havendo interesse dos ACS em desenvolver

atividades de educação em saúde com grupos específicos, não se consegue, pois não há material que ofereça embasamento para essas ações (RIQUINHO et al., 2018).

Também foram mencionados pelos(as) integrantes do estudo a falta de estímulo dos usuários devido à distância das propriedades rurais e dos locais de cenário das ações propostas, bem como a falta de atividades dinâmicas e interativas. Dessa forma, torna-se necessário realizar o levantamento e implantar estratégias de educação popular em saúde que sejam interativas e despertem o interesse do público-alvo, como as metodologias ativas de ensino. As metodologias ativas estimulam a participação dos usuários na construção de novos saberes, motivando-os a atuar como protagonistas e, por consequência, rompendo com a educação vertical de receptores de informação e de baixa efetividade. Neste sentido, compreende-se essas metodologias como importante estratégia para a qualificação do trabalho dos ACS, além de possibilitar maior adesão da comunidade nas ações planejadas, já que a mesma estimula a construção de novos saberes de maneira crítica, interativa e reflexiva, na qual as pessoas envolvidas participam e se comprometem com o seu aprendizado (SILVA et al, 2019).

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

Em contrapartida, os(as) ACS que ingressaram no serviço por meio do consórcio intermunicipal relataram ter recebido formação inicial e consideraram que o enfermeiro foi essencial neste processo por ser educador e incentivador do seu trabalho. Para isso, o Ministério da Saúde definiu *Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado* sugerindo que, a formação inicial deve ser gradual e permanente e deve ser realizada pelos estados e municípios em parceria com as Escolas Técnicas do SUS, considerando o contexto de trabalho dos ACS. Salienta-se que, a responsabilidade dessa capacitação é dos gestores públicos e não deve estar vinculada, especificamente, a um profissional, devendo haver corresponsabilização de todos os profissionais da equipe de saúde, no acompanhamento e

reorientação das ações, apesar de, historicamente, o enfermeiro ter assumido um papel central (BRASIL, 2016).

As considerações evidenciadas a partir dos depoimentos dos(das) participantes do estudo nos remetem a dúvidas relacionadas ao cuidado às pessoas com HA e DM e a insegurança durante a realização das ações educativas. Em outros estudos as principais fragilidades apontadas pelos ACS coincidem com os achados desta pesquisa, indicando limitações individuais, como nervosismo, timidez e insegurança, falta de preparo e de tempo para organização das ações e falta de interesse da comunidade em participar das atividades educativas (ARAÚJO et al, 2018). Também foram identificadas lacunas na educação continuada voltada às condicionalidades crônicas, haja vista que os(as) ACS salientaram a busca por informações acerca da temática em fontes diversas, como colegas de trabalho, livros, cartilhas e Internet. Estudo realizado na área rural do interior do estado de Minas Gerais coincide com os achados desta pesquisa, apontando para escassez de conhecimento dos ACS em algumas temáticas, apontando para a necessidade de capacitações e oferta de cursos que forneçam subsídios para o seu aprimoramento (LARA, BRITO, REZENDE, 2012).

Entende-se que a busca por essas informações precisa ser proveniente de fontes confiáveis e que a educação em saúde depende da congruência de diversos fatores, sendo possível destacar entre eles o incentivo da própria gestão municipal em qualificar os ACS e de fornecer os materiais adequados para realização de ações educativas com qualidade, o que, por vezes, não acontece de acordo com os resultados identificados neste estudo. Por outro lado, compreende-se que deve haver também a *“ressignificação da postura do próprio ACS ao reconhecer que o mesmo possui responsabilidade quando não há a realização da educação em saúde, não somente, portanto, culpabilizando terceiros quando essas ações não acontecem”* (SILVA et al, 2019).

Ao tratar sobre as políticas de saúde voltadas para os(as) ACS, é preciso refletir acerca do desempenho de suas atribuições que podem ocasionar desgaste físico, biológico e/ou emocional devido às dificuldades encontradas no seu cotidiano de trabalho. Como boa parcela dos(as) participantes mencionaram a respeito destes desgastes, é relevante pensar no investimento da gestão municipal no enfoque ao apoio psicológico na saúde dos ACS, como uma forma de prevenção ao possível adoecimento ou dificuldades no campo da saúde mental desses profissionais. Os(as) entrevistados reconheceram também que estão expostos em sua rotina de trabalho a dificuldades relacionadas à distância e ao acesso às propriedades, condições precárias das estradas, mordedura de cães, picadas de insetos, condições climáticas, dentre outros agravantes que dificultam a sua inserção nos domicílios e afetam a sua produtividade.

Esses dados corroboram os achados de outros estudos com áreas predominantemente rurais, demonstrando que as dificuldades encontradas durante o trabalho dos ACS não são exclusividade dessa região (KRUG et al., 2017). Por sua vez, uma pesquisa realizada em região urbana do Rio Grande do Norte também encontrou resultado semelhante e evidenciou que o trabalho seria menos desgastante para esses profissionais se a gestão municipal disponibilizasse vestimentas, calçados apropriados, acessórios apropriados como bonés e chapéus e protetor solar. Nesse aspecto, o MS institui como equipamentos básicos para o trabalho dos ACS: o fardamento, o crachá de identificação, as fichas do sistema de informação da atenção básica, a balança, o cronômetro, o termômetro, a fita métrica e o material educativo (PINHEIRO et al., 2019).

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

Além disso, outro aspecto salientado foi o uso de transporte pessoal e a aquisição, com recursos próprios, de combustível para realização das atividades educativas, o que impacta sobremaneira no salário recebido por esses profissionais e pode resultar, inclusive, em um desânimo para o desenvolvimento das ações no cotidiano de trabalho. A pressão no trabalho pela produtividade, relatada pelos(as) ACS, ocasiona alterações na qualidade do trabalho, que passa a ser direcionado à produção de ações voltadas a programas verticalizados de saúde com ênfase no modelo biomédico. A lógica da produtividade atinge as condições de trabalho na APS e afeta os trabalhadores, incluindo as suas ações, que passam a ser tensionadas por uma orientação produtivista de execução de procedimentos quantificáveis (NOGUEIRA, 2019).

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

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do percurso deste estudo buscou-se a partir dos depoimentos dos(as) ACS descrever as ações educativas desenvolvidas no cuidado a pessoas com HA e DM que vivem no campo. Dentre as ações educativas identificadas e desenvolvidas pelos(as) participantes do estudo, encontra-se a visita domiciliária, grupos de convivência, rodas de conversa, palestras, atividades em sala de espera, dentre outras. Os(as) ACS demonstraram ter pouco conhecimento acerca do cuidado voltado à pessoa com diabetes e/ou hipertensão, repercutindo no desenvolvimento das suas atividades educativas. Enfatizaram sanar estas lacunas no conhecimento, realizando as atividades educativas em conjunto com a equipe de saúde e em parceria com outros setores distintos.

Outro ponto observado neste estudo, foram as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho dos(das) ACS, relacionadas à distância e ao acesso das propriedades rurais, clima, mordedura de animais, condições precárias das estradas, dentre outras. A falta de interesse dos usuários em participar de grupos ou atividades coletivas que são planejadas e realizadas pelos(as) ACS é um fator que desestimula e frustra o trabalhador da saúde, que por muitas vezes não dá continuidade as atividades em grupo ou individuais.

Destaca-se ainda os limites nas condições de trabalho como a falta de capacitação inicial, de educação permanente e de disponibilidade de recursos materiais e a importância do apoio do poder público promovendo condições materiais para a execução de práticas educativas.

Se constituem como limitações do estudo o deslocamento dos participantes e as condições climáticas para a realização das entrevistas. Ainda, há um limite no que tange à discussão dos resultados, visto que não foram identificados estudos que versassem acerca das atividades educativas e da HA e DM de forma integrada. Por fim, espera-se que os achados deste estudo contribuam para novas discussões e reflexões entre as equipes de saúde, comunidades e gestores municipais sobre a importância de se reconhecer as práticas educativas que o(a) ACS desenvolve com pessoas com diabetes e hipertensão que vivem no campo, visando o fortalecimento das práticas da APS.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C.C.B.; PASCHOALIN, H.C.; SOUSA, A.I.; GRECO, R.M. ALMEIDA, G.S. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, condições laborais e hábitos de vida. **Rev enferm UFPE online**. v.12, n.6, p.1648-56, jun.; 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231047>> Acesso em: 30 nov. 2020
- AMADIGI, F.R.; GONÇALVES, E.R.; FERTONANI, H.P.; BERTONCINI, J.H.; SANTOS, S.M.A. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Rev. Mineira de Enfermagem**. v.13, n.1; 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/173#>> Acesso em: 30 nov. 2020
- ARAÚJO, E.F.S.; PAZ, E.P.A.; GHELMAN, L.G.; MAURO, M.Y.C.; DONATO, M.; FARIAS, S.N.P. Os agentes comunitários de saúde nas práticas educativas: potencialidades e fragilidades. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.26, p.18425; 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18425>> Acesso em: 30 nov. 2020
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROSO, W.K.S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. vol. 116, n.3, pg. 516-658; 2021. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
- BONILHA, A.L.L.; OLIVEIRA, D.L.L.C. **A entrevista na coleta de dados**. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Org.) *Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. Porto Alegre: Moriá, 2015. 511 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed.; 4. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf> Acesso em: 10 out. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Almanaque do ACS**. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/almanaque_agente_comunitario_saude.pdf> Acesso em: 02 set. 2018.
- _____. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_capitacao_agentes_comunitarios_cuidado.pdf> Acesso em: 02 set. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014b. p. 162 (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. p. 160 (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellit_us_cab36.pdf> Acesso em: 02 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. p.128 (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arte_rial_sistemica_cab37.pdf> Acesso em: 02 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica [recurso eletrônico].** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Retratos da Atenção Básica no Brasil – 2012, n. 3) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/retratos_atencao_basica_gestao_atencao_n2_v1.pdf> Acesso em: 13 set. 2018.

_____. Presidência da República. Lei nº13.467, de 13 de julho de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 13 julh. 2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13467-13-julho-2017-785204-norma-pl.html>> Acesso em: 30 nov. 2020

_____. Presidência da República. Lei nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 05 jan. 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm> Acesso em: 30 nov. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf > Acesso em: 13 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.** 2011-2022, Brasília, 2011. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf > Acesso em: 12 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Ministério da Saúde. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf > Acesso em: 07 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 243, de 25 de Setembro de 2015. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 25 set. 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2015/prt0243_25_09_2015.html> Acesso em: 30 nov. 2020

_____. Ministro de Estado do Trabalho. Portaria GM nº 3.214, de 08 de junho de 1978. **NR 6 – Equipamento de Proteção Individual – EPI**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9CFA236F73433A3AA30822052EF011F8.proposicoesWebExterno1?codteor=309173&filename=LegislacaoCitada+-INC+5298/2005> Acesso em: 30 nov. 2020

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 30 nov. 2020

_____. Ministro de Estado do Trabalho. Portaria GM nº 3.214, de 08 de junho de 1978. **NR 21 – Trabalhos a Céu Aberto**. Disponível em: <<http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr21.htm>> Acesso em: 30 nov. 2020

_____. Ministério da Saúde. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf> Acesso em: 01 set. 2018.

_____. Ministério da saúde. **Resolução 466**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acessado em: 05 de out de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>> Acesso em: 14 out. 2017.

DANTAS, A.A.G.; OLIVEIRA, N.P.D.; SILVA, M.F.S.; DANTAS, D.F. Condições de saúde e estado nutricional de agentes comunitários de saúde no interior do nordeste brasileiro. **Revista Ciência Plural**. v.6, n.1, p.32-43; 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17157/12536>> Acesso em: 30 nov. 2020

DEGENNARO JR, V.; MALCOLM, S.; CROMPTON, L.; VADDIPARTI, K.; MRAMBA, L.K.; STRILEY, C.; COTTLER, L.; TAYLOR, K.; LEVERENCE, R. Community-based diagnosis of non-communicable diseases and their risk factors in rural and urban Haiti: a cross-sectional prevalence study. **BMJ Open**. v. 8, n. 4, apr., p. e020317; 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5914767/>> Acesso em: 01 maio 2019.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOTTARDI, R.L.B.; SILVA, A.L. Ações educativas: o agente comunitário do Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato, em São Paulo. **Saúde em Debate**. v. 30, n. 73-74, maio-dez., p. 275-286; 2006. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345309011>> Acesso em: 01 dezembro 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no Rio Grande do Sul**. Censo 2010.

JÚNIOR, A.F.S. Ensinar e aprender em territórios rurais: histórico, desafios e perspectivas. **Interfaces da Educ.** v.5, n.13, p.179-193; Paranaíba, 2014. Disponível em: <<https://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/488/454> > Acesso em: 10 out. 2017.

KANGOVI, S.; MITRA, N.; TURR, L.; HUO, H.; GRANDE, D.; LONG, JA. A randomized controlled trial of a community health worker intervention in a population of patients with multiple chronic diseases: Study design and protocol. **Contemp Clin Trials**. v. 53, feb., p. 115-121; 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5455773/pdf/nihms858214.pdf> > Acesso em: 01 maio 2019.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the context of culture**. Berkley (US): University of California; 1980.

KRUG, S.B.F.; DUBOW, C.; SANTOS, A.C.; DUTRA, B.D.; WEIGELT, L.D.; ALVES, L.M.S. Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 771-788, set./dez.; 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0771.pdf>> Acesso em: 01 novembro 2020.

LACERDA, M.R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2621-2626; 2010. <Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500036 > Acesso em: 11 out. 2018

LACERDA, M.R. Brevidades sobre o cuidado domiciliar. **Rev. Enferm. UFSM**. v.5, n.2, abr./jun.; 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/18657/pdf> > Acesso em: 11 out. 2018.

LARA, M.O.; BRITO, M.J.M.; REZENDE, L.C. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.3, p. 673-80; 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/20>> Acesso em: 01 novembro 2020.

LEITE, M.T.; PAI, S.D.; QUINTANA, J.M.; COSTA, M.C. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **J. res.: fundam. care. online**. v. 7, n. 2, abr./jun., p. 2263-2276; 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3597/pdf_1530 > Acesso em: 01 maio 2019.

MANNIK, J.; FIGOL, A.; CHURCHILL, V.; AW, J.; FRANCIS, S.; KARINO, E.; CHESIRE, J.K.; OPOT, D.; OCHIENG, B.; HAWKES, M.T. Community-based screening for cardiovascular risk using a novel mHealth tool in rural Kenya. **J Innov Health Inform.** v. 25, n. 3, oct., p. 176-182; 2018. Disponível em: <<https://informatics.bmj.com/content/25/3/176>> Acessado em: 01 maio 2019.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 15 ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MOREIRA, R.J. Pensando o rural da modernidade e dos nossos tempos. **Estudos Sociedade e Agricultura.** v. 20, n. 1, abr., p. 248-271; 2012.

MORRIS-PAXTON, A.A.; RHEEDER, P.; EWING, R.G.; WOODS, D. Detection, referral and control of diabetes and hypertension in the rural Eastern Cape Province of South Africa by community health outreach workers in the rural primary healthcare project: Health in Every Hut. **Afr J Prim Health Care Fam Med.** v. 10, n. 1, apr., p. e1-e8; 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5913786/>> Acesso em: 01 maio 2019.

NOGUEIRA, M.L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde Soc. São Paulo.** v.28, n.3, p.309-323; 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v28n3/1984-0470-sausoc-28-03-309.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2020

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Brasil. **Doenças cardiovasculares.** 2017. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>> Acesso em: 01 maio 2019.

PINHEIRO, L.S.; MEDEIROS, T.C.S.; VALENÇA, C.N.; DANTAS, D.K.F.; SANTOS, M.A.P. Melhorias para a qualidade de vida e trabalho na visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Med Trab.** v.17, n.2, p.180-7; 2019. Disponível em: <<https://www.rbmt.org.br/details/449/pt-BR/melhorias-para-a-qualidade-de-vida-e-trabalho-na-visao-dos-agentes-comunitarios-de-saude>> Acesso em: 30 nov. 2020

PREVIATO, G.F.; BALDISSERA, V.D.A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface.** v. 22, n.2, p. 1535-47; 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1535.pdf>> Acessado em: 01 maio 2019.

RIQUINHO, D.L.; PELLINI, T.V.; RAMOS, D.T.; SILVEIRA, M.R.; SANTOS, V.C.F. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. educ. saúde.** v.16, n.1, jan./abr., p. 163-182, jan./abr.; 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100163&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 30 nov. 2020

ROSA, M.V. F. P. C.; ARNOLDI, M.A.G.C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados.** 2ª. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

SILVA, J.M.A.; BATISTA, B.D.; CARMO, A.P.; GADELHA, M.M.T.; ANDRADE, M.E.; FERNANDES, M.C. Dificuldades experienciadas pelos agentes comunitários de saúde na

realização da educação em saúde. **Enferm. Foco**. v.10, n.3, p. 82-87; 2019. Acesso em: 30 nov. 2020

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

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3724.pdf>> Acesso em: 07 set. 2018.

SILVA, D.S.; BUDÓ, M.L.D.; SCHIMITH, M.D.; DURGANTE, V.L.; RIZZATTI, S.J.S.; RESSEL, L.B. Itinerário terapêutico de pessoas com úlcera venosa em assistência ambulatorial. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**. v.24, n.3, jul.-set., p.722-30; 2015.

<https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00722.pdf> Acesso em: 30 nov. 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Disponível em:

<<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2020

TORRALBA RF, **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TSOLEKILE, L.P.; SCHNEIDER, H.; PUOANE, T. The roles, training and knowledge of community health workers about diabetes and hypertension in Khayelitsha, Cape Town.

Curationis. v. 41, n. 1, mar., p. e1-e8; 2018. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6091590/>> Acessado em: 01 maio 2019.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Center of Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. **Hyattsville: National Center for Health Statistics**; 2010 Disponível em: <<https://www.cdc.gov/datastatistics/index.html>>

Acesso em: 14 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Library Cataloguing-in-Publication Data. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva, 2014. Acesso em: 10 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics: a snapshot of global health**. Geneva: World Health Organization; 2012. Acesso em: 14 out. 2018.

WÜNSCH, S.; BUDÓ, M.L.D.; GARCIA, R.P.; OLIVEIRA, S.G.; GEWEHR, M.; SCHIMITH, M.D.; SILVEIRA, C.L. População rural e enfermagem: uma revisão bibliométrica. **Rev Enferm UFSM**. v.2, n.3, set./dez., p. 539-546; 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3656/pdf>> Acesso em: 12 out. 2017.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim [recurso eletrônico]**. Porto Alegre: Penso, 2016.

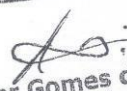
ANEXOS

ANEXO A – Autorização Institucional**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DO SUL
Princesa do Jacuí – Capital Nacional do Arroz
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SUS**

Eu, Roger Gomes da Rosa, abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul/RS, autorizo a realização do estudo “Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde em ações educativas a pessoas com hipertensão e diabetes que vivem no campo”, a ser conduzido pelos pesquisadores Profa. Dra. Maria Denise Schimith e Mda. Geórgia Figueira Rampelotto.

Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

AUTORIZO
24 / 04 / 2019

Roger Gomes da Rosa
Secretário Municipal
de saúde
Cachoeira do Sul -RS

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AÇÕES EDUCATIVAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS QUE VIVEM NO CAMPO

Pesquisador: Maria Denise Schimith

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13164819.9.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.343.665

Apresentação do Projeto:

O(A) agente comunitário de saúde (ACS) conhece bem o território onde mora e trabalha, o que facilita a atuação junto às famílias. Como elo entre as equipes de saúde e a comunidade, o(a) ACS identifica os problemas que afetam a condição de saúde da população e repassa essas informações aos demais profissionais da equipe de saúde, contribuindo para o planejamento e o desenvolvimento de ações de cuidado à saúde das famílias no contexto domiciliar. Objetiva-se com este estudo descrever as ações educativas desenvolvidas por agentes comunitários de saúde no cuidado a pessoas com hipertensão e diabetes que vivem no campo. Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo e de natureza qualitativa. O cenário do estudo será composto por unidades de saúde do meio rural da rede pública de atenção primária à saúde do município de Cachoeira do Sul e os participantes da pesquisa serão os(as) agentes comunitários de saúde. A coleta de dados ocorrerá por meio da entrevista semiestruturada. As entrevistas serão gravadas e as gravações obtidas serão armazenadas em formato MP3 e transcritas na íntegra pela autora do estudo, utilizando o Microsoft® Office Word, os arquivos serão então transferidos para o Software NVivo®11, versão online, e em seguida os dados serão analisados e codificados. A análise dos dados será fundamentada na análise de conteúdo proposta por Bardin. A organização da análise será composta por fases, dispostas como três polos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (que inclui a inferência e a interpretação). A pesquisa será amparada pelos preceitos éticos e legais de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do CNS/MS.

Reforça-se que a coleta de dados terá início somente após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa. Estima-se que esta disponibilize maior produção de conhecimento acerca das ações de saúde desenvolvidas pelas ACS, com o intuito de auxiliar na qualificação das atividades realizadas no cuidado domiciliar prestado no município.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: descrever as ações educativas desenvolvidas por agentes comunitários de saúde no cuidado a pessoas com hipertensão e diabetes que vivem no campo.

Objetivo secundário:

- Identificar as necessidades de informações dos(as) agentes comunitários de saúde acerca das ações educativas no cuidado a pessoas com hipertensão e diabetes que vivem no campo.- Conhecer as potencialidades e dificuldades enfrentadas pelos(as) agentes comunitários de saúde no cuidado com hipertensos e diabéticos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados e o texto está padronizados em todos os documentos: projeto, TCLE e registro da PB.

Riscos: em relação aos riscos, será salientado aos participantes que poderá haver possíveis constrangimentos ou aspectos psicológicos que os participantes podem sentir durante a entrevista, ao expor algum fato relacionado ao tema em estudo. Diante dessa situação, a pesquisadora conversará a respeito dos sentimentos envolvidos na situação, e a coleta de dados será suspensa e remarcada para uma nova data, se este for o desejo do participante.

Benefícios: os participantes da pesquisa não terão nenhum benefício de forma direta, porém a pesquisa poderá disponibilizar momentos de reflexões, maior conhecimento sobre a temática abordada e poderá auxiliar na qualificação das atividades realizadas no cuidado prestado no município, bem como propor novas possibilidades de ações a partir do reconhecimento das demandas específicas da comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1349315.pdf	20/05/2019 11:33:59		Aceito
Outros	Comprovante_GAP.pdf	20/05/2019 11:32:53	GEORGIA FIGUEIRA RAMPELOTTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	20/05/2019 11:31:16	GEORGIA FIGUEIRA RAMPELOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/05/2019 11:30:21	GEORGIA FIGUEIRA RAMPELOTTO	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	06/05/2019 14:16:25	Maria Denise Schimith	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	06/05/2019 14:09:02	Maria Denise Schimith	Aceito
Outros	tc_georgia.pdf	06/05/2019 14:04:22	Maria Denise Schimith	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 23 de Maio de 2019

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto de Pesquisa: TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES EDUCATIVAS A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES QUE VIVEM NO CAMPO

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith – contato: (055 98403-2310) Mestranda: Enfa. Geórgia Figueira Rampelotto – contato: (051) 982046974

Endereço Postal: Av Roraima, SN, Prédio 26, Sala 1305a. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP 97105-900 – Santa Maria, RS, Brasil.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Local de realização da pesquisa: Unidades de Saúde do município de Cachoeira do Sul, RS.

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender por que e como este estudo está sendo feito. Fui convidada para participar voluntariamente (sem receber nenhum auxílio financeiro) desta pesquisa, por meio de entrevistas individuais para coletar alguns dados de vida e de saúde. Fui esclarecida do objetivo da pesquisa que é descrever as ações educativas desenvolvidas por agentes comunitários de saúde no cuidado a pessoas com hipertensão e diabetes que vivem no campo realizadas nas Unidades de Saúde. Fui informada que tenho o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo dos benefícios a que tenho direito. Fui avisada de que as entrevistas serão gravadas, mas não serão filmadas, e meu depoimento será redigido posteriormente. A entrevista é gravada para que a mestranda possa me oferecer maior atenção, não tendo que anotar tudo o que eu disser. Também foi esclarecido que, durante a digitação das entrevistas, não vou ser identificada pelo meu nome. Serei identificada por um código definido pela mestranda e isso vai garantir o meu anonimato, pois ninguém vai descobrir que sou eu e minha identificação vai ficar protegida. As entrevistas serão utilizadas pela mestranda em espaços acadêmicos, para a dissertação do mestrado e na

elaboração de artigos científicos. Os materiais das entrevistas serão guardados por cinco anos em uma sala, do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pela pesquisa (professora Dra. Maria Denise Schimith) e depois desse período, serão eliminados. O local de realização das entrevistas individuais será escolhido por mim. Fui informada que a minha privacidade (intimidade) será respeitada. Também fui avisada que esta pesquisa não me causará nenhum risco físico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Mas foi destacado que alguns sentimentos podem surgir durante os encontros, pois algumas discussões podem me fazer refletir sobre o meu dia a dia ou podem me fazer lembrar de alguns momentos da minha vida. Caso ocorra algum desconforto para mim, eu sei que o encontro pode ser interrompido e retomado após eu me sentir melhor. Fui informada que como a mestranda e a professora responsável irão divulgar os resultados da pesquisa em espaços acadêmicos e artigos científicos, isso pode se mostrar como um benefício indireto para mim, pois outros profissionais da saúde poderão compreender como ocorrem as ações educativas no cuidado a pessoas com hipertensão e diabetes em minha comunidade e, assim, terão informações para melhor trabalhar conosco. Esta pesquisa também poderá auxiliar na qualificação das atividades realizadas no cuidado prestado no município, bem como propor novas possibilidades de ações a partir do reconhecimento das demandas específicas da comunidade. Sei que após o esclarecimento de todas as informações, no caso de eu aceitar fazer parte dessa pesquisa, devo assinar ao final deste documento, que foi impresso em duas vias. Uma delas é minha e a outra é da pesquisadora responsável. Por fim, se eu tiver dúvidas, poderei telefonar a cobrar para a mestranda Geórgia Figueira Rampelotto (telefone: (051) 982046974).

Cachoeira do Sul, ____ de _____ de 2019.

Assinatura da participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável pela pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima,

nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009
E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APENDICÊ B – Termo de Confidencialidade**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
Termo de Confidencialidade**

Título do Projeto de Pesquisa: TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES EDUCATIVAS A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES QUE VIVEM NO CAMPO

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith – contato: (055 98403-2310) Mestranda: Enfa. Geórgia Figueira Rampelotto – contato: (051) 982046974

Endereço Postal: Av Roraima, SN, Prédio 26, Sala 1311. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP 97105-900 – Santa Maria, RS, Brasil

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Local de realização da pesquisa: Unidades de Saúde do município de Cachoeira do Sul, RS

As pesquisadoras do presente estudo se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio de entrevista, realizadas individualmente nas dependências das unidades de saúde cenário do estudo ou em outro ambiente escolhido pelos participantes da pesquisa após agendamento prévio. As informações serão utilizadas para a execução da presente pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob responsabilidade da Enfa. Profa. Dra. Maria Denise Schimith (orientadora da pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, no seguinte local: Centro de Ciências da Saúde da UFSM, Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1311, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP: 97105-900 – Santa Maria (RS), por um período de cinco anos. Após esse período, os dados serão destruídos. Esse projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSM em ___/___/___, com o número de registro do CAAE _____.

Cachoeira do Sul, ___ de _____ de 20___.

Profa. Dra. Maria Denise Schimith

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Roteiro para entrevista semiestruturada**

Mestranda: Geórgia Figueira Rampelotto

Pesquisadora Responsável/Orientadora: Profa. Dra. Maria Denise Schimith

Título do projeto de pesquisa: TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES EDUCATIVAS A PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES QUE VIVEM NO CAMPO

Data: ____/____/____

MÓDULO 1 – CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

Nome Abreviado: _____

Nº instrumento: _____

Bairro/Vila: _____

Unidade de saúde: _____

Microárea de abrangência: _____

Tempo de atuação na microárea (anos): _____

Número de cadastrados: _____

Telefone: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: () Feminino () Masculino

1.2 Escolaridade:

1.2a() Nenhuma

1.2b() de 1 a 3 anos

1.2c() de 4 a 7 anos

1.2d() 8 anos ou mais

1.3 Raça/cor:

1.3a() Branca 1.3b() Negra 1.3c() Parda 1.3d() Amarela 1.3e() Indígena 1.3f() Não declarada

1.4 Estado civil:

1.4a() Solteira 1.4b() Casada 1.4c() Em relação estável 1.4d() Divorciada

1.4e() viúva

1.5 Religião: 1.5a() católica 1.5b() espírita 1.5c() evangélica 1.5d() afro-brasileira (umbanda, candomblé) 1.5e() nenhuma

1.6 Reside com:

1.6a() pais

1.6b() companheiro(a)

1.6c() filho(a)(s)

1.6d() filhos e companheiro

1.6e() outros: _____

1.7 Reside na comunidade há quanto tempo? _____

MÓDULO 2 – AÇÕES EDUCATIVAS E O CUIDADO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS QUE VIVEM NO CAMPO

1. Fale-me sobre o seu trabalho como agente comunitário de saúde.

- Quais as funções e atividades que cumpre na condição de agente comunitário de saúde?
- Você recebeu alguma capacitação para exercer a sua função?

2. O que você entende por Hipertensão Arterial Sistêmica/Pressão Alta?

3. O que você entende por Diabetes/Glicose alterada?

4. Você tem alguma dúvida em relação a HAS e ao diabetes?

5. Na sua microárea de abrangência, você possui cadastrados com hipertensão e diabetes?

6. Qual o significado de ações educativas para você?

7. Conte-me sobre os momentos no seu cotidiano de trabalho em que realiza ações educativas com os cadastrados com hipertensão e diabetes.

- O que você faz?
- Como você faz?

- Que estratégias utiliza?
 - Quais os pontos positivos?
 - Quais as dificuldades?
8. Você já participou de alguma capacitação sobre hipertensão e diabetes no seu município?
 - O conteúdo abordado causou algum impacto em seu trabalho?
 9. Você utiliza algum material de informação para realizar as ações educativas a pessoas com hipertensão e diabetes da sua área?
 10. Você considera que existam diferenças nas orientações para as pessoas com hipertensão e diabetes que vivem na cidade ou no campo?
 11. Gostaria que me contasse quais são seus desafios para sua prática de trabalho na área rural
 12. Há algo mais que você considere importante me falar sobre esse tema?
 13. Gostaria de receber o resultado da pesquisa? De que maneira?