

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO  
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

ANDRÉA FREIRIA VIEIRA

FORMAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO ARTERIAL UTILIZANDO  
AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

Ribeirão Preto  
2015

ANDRÉA FREIRIA VIEIRA

FORMAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO ARTERIAL UTILIZANDO  
AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

Dissertação apresentada à Universidade  
de Ribeirão Preto como parte dos  
requisitos para obtenção do título de  
Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Sidnéia da  
Silva

Ribeirão Preto  
2015

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico  
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

V658f Vieira, Andréa Freiria, 1976-  
Formação permanente de agentes comunitários de saúde em  
hipertensão arterial utilizando ambiente virtual de aprendizagem /  
Andréa Freiria Vieira. - - Ribeirão Preto, 2016.  
137. : il. color.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Sidnéia da Silva.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,  
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2016.**

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Educação à Distância.  
3. Tecnologia da Informação. I. Título.

CDD 610

ANDRÉA FREIRIA VIEIRA

**FORMAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL UTILIZANDO AMBIENTE VIRTUAL DE  
APRENDIZAGEM**

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Sidnéia da Silva

Data de Defesa: 23 de setembro de 2015  
Resultado: Aprovada

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Sidnéia da Silva  
Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá  
Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Maria Villela Bueno  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

## DEDICATÓRIA

Ao meu marido,  
por ter permanecido ao meu lado,  
me incentivando a percorrer este caminho,  
por compartilhar angústias e dúvidas  
estendendo sua mão amiga em momentos difíceis.  
E a DEUS, pela sabedoria e discernimento que me concebeu até aqui!

## **AGRADECIMENTOS**

À DEUS, meu Senhor e Salvador, pela minha vida e pela oportunidade de iniciar e continuar nesta trajetória.

À MINHA FAMÍLIA, especialmente ao meu marido e incondicional companheiro.

À MINHA MÃE e MEU PAI, por me apoiarem e serem a base da minha formação como pessoa.

À MINHA IRMÃ, IRMÃO E SOBRINHOS, por me incentivarem a crescer cada dia mais.

À MINHA ORIENTADORA, Profª Drª Silvia, meu agradecimento carinhoso por todos os momentos de paciência, compreensão e dedicação, além do comprometimento durante a realização deste trabalho. Minha eterna gratidão pelos ensinamentos transmitidos e pelo exemplo de mulher e Mestre a ser seguido!

À BANCA EXAMINADORA, em especial, ao Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá, pelo exemplo de competência e seriedade em tudo que faz e notadamente pelo carinho singular que transmite aos seus alunos e à Profª Drª Sonia Maria Villela Bueno, meus respeitosos agradecimentos pelas contribuições e participação na banca dessa dissertação.

À Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, pela oportunidade de realizar este Mestardo.

À REITORA da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, Profª Me. Elmara Lucia de Oliveira Bonini, pelo empenho de manter esta Universidade em um altíssimo nível de excelência.

À Profª Me. Sonia Maria Camargo dos Santos – Coordenadora de Ensino de Graduação e Divisão de Pós-Graduação *Lato Sensu*, e à Profª Drª Neide Ap. de Souza Lehfeld – Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão, pelo apoio e incentivo durante a realização do mestrado.

AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO em SAÚDE e EDUCAÇÃO da UNAERP, representado pela Profª Drª Silvia Sidnéia da Silva, pelos momentos partilhados, sem esmorecimento, e a todos os professores que fizeram parte desse caminhar.

Às ENFERMEIRAS do PACS e a todos os Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste de Ribeirão Preto – SP pela paciência e dedicação.

À DIVISÃO de HAS/DM da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, pelo empenho e auxílio oferecidos.

A TODOS OS PARTICIPANTES desse estudo, aos Agentes Comunitários do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, pela disposição em ajudar naquilo que deles dependesse, para a realização deste estudo.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser percorrido.

## RESUMO

VIEIRA, A. F. Formação permanente de agentes comunitários de saúde em hipertensão arterial utilizando ambiente virtual de aprendizagem. 136f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Com a designação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para atuarem nos espaços de prevenção de doenças e promoção de saúde evidenciou-se a necessidade de capacitar esse agente de mudanças, preferencialmente, em serviço, para o atendimento à comunidade visando diminuir os riscos de acometimento por essa doença. Nessa direção, o uso das tecnologias de informação e comunicação como ferramenta de ensino-aprendizagem encontra o seu lugar nesse cenário pedagógico. O objetivo deste trabalho é avaliar a eficácia de um curso de formação permanente de ACS no Município de Ribeirão Preto-SP, sobre hipertensão arterial, utilizando-se de um Ambiente Virtual de Aprendizagem e metodologias ativas de aprendizagem. É um estudo direcionado aos ACS do Distrito Leste da cidade de Ribeirão Preto, englobando todas as Unidades de Saúde que compõem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do referido Distrito. Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quali-quantitativa. Foi aplicado aos participantes um instrumento para avaliar o conhecimento pré e pós-capacitação, por meio da metodologia selecionada. O curso de formação permanente foi realizado em um Ambiente Virtual de Aprendizagem, utilizando-se vídeo para a fundamentação teórica, por meio de material didático e sítios recomendados. Em dois encontros realizaram-se a avaliação formativa e a aplicação dos instrumentos. Os resultados demonstraram que houve aprendizado quando considerado o desempenho dos ACS, pré e pós-capacitação. A análise quali-quantitativa utilizada no estudo permitiu a aproximação das percepções dos ACS acerca das informações referentes à amostra e ao tema. O uso de um Ambiente Virtual de Aprendizagem no processo ensino-aprendizagem foi efetivo para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde.

**Descritores:** Formação Permanente. Agentes Comunitários de Saúde. Educação à Distância. Tecnologia da Informação. Metodologias Ativas.

## ABSTRACT

VIEIRA, permanent AF Training community health workers in high blood pressure using the virtual learning environment. 136f. Dissertation (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirao Preto, 2015.

Systemic arterial hypertension (SAH) is an important public health problem in Brazil and in the world, yet one of the most important risk factors for development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. With the designation of Community Health Agents (CHA) to work in disease prevention spaces and health promotion highlighted the need to empower the agent of change, preferably in service, for service to the community in order to decrease the risk of involvement by the disease. In this sense, the use of information and communication technology as a teaching and learning tool finds its place in this educational setting. The objective of this study is to evaluate the effectiveness of a permanent training course of ACS in Ribeirão Preto-SP, on hypertension, using a Virtual Learning Environment and active learning methodologies. It is a study directed to ACS District East of the city of Ribeirao Preto, including all health units that make up the Program of Community Health Agents of said district. This is a descriptive study with cross-sectional design and Qualiquantitative approach. It was applied to the participants a tool to assess the knowledge pre and post-training through the selected methodology. The permanent training course was held in a Virtual Learning Environment, using video to the theoretical foundation, through educational materials and recommended sites. Two meetings took place formative assessment and the application of the instruments. The results showed that there was difference statistically significant when considering the performance of ACS, pre- and post-training. The quali-quantitative analysis used in the study allowed to approach the perceptions of ACS, as well as statistical evaluation about the information regarding the sample and the subject. The use of a Virtual Learning Environment in the teaching-learning was effective for the training of Community Health Workers.

**Keywords:** Continuing Education. Community Health Agents. Distance Education. Information Technology. Active Methodologies.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1- Convite para os ACS referente à participação no curso de formação permanente em HA do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>48</b>
<b>Figura 2 - Interface do AVA do curso de Capacitação em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>49</b>
<b>Figura 3 - Interface do Módulo I do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 4 - Interface do Módulo II do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 5 - Interface do Módulo III do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2015...</b>	<b>56</b>
<b>Figura 6 – Interface do Módulo IV do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014...</b>	<b>58</b>
<b>Figura 7 – Interface do Módulo V do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 8 - Dimensões de adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial, de acordo com Gomes et al. (2007) .....</b>	<b>90</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Análise descritiva da variável sexo referente aos participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/ SP, 2014 .....</b>	<b>63</b>
<b>Tabela 2 - Análise descritiva da variável idade referente aos participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/ SP, 2014 .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 3 - Análise descritiva da variável escolaridade referente aos participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/ SP, 2014.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 4 - Análise descritiva da variável tempo de trabalho dos ACS na UBS, participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/ SP, 2014.....</b>	<b>69</b>
<b>Tabela 5 - Análise descritiva da variável renda mensal dos ACS participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/ SP, 2014.....</b>	<b>71</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 – Avaliação do conhecimento prévio dos ACS sobre HA, participantes do Curso de Formação Permanente do Distrito Leste, no município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>72</b>
<b>Gráfico 2 - Avaliação do conhecimento dos ACS sobre HA pós Curso de Formação Permanente à distância do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, 2014 .....</b>	<b>73</b>
<b>Gráfico 3 - Análise do conhecimento dos ACS sobre HA pré e pós Curso de Formação Permanente à distância da UBS Vila Abranches, do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>75</b>
<b>Gráfico 4 - Análise do conhecimento dos ACS sobre HA pré e pós Curso de Formação Permanente à distância da UBS São José, do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>75</b>
<b>Gráfico 5 - Análise do conhecimento dos ACS sobre HA pré e pós Curso de Formação Permanente à distância da UBS Bonfim Paulista, do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>76</b>
<b>Gráfico 6 - Análise do conhecimento dos ACS sobre HA pré e pós Curso de Formação Permanente à distância da UBS Jardim Zara, do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>77</b>
<b>Gráfico 7 - Análise comparativa relativa ao conhecimento adquirido nas avaliações pré e pós Curso de Formação Permanente sobre HA, aos ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>78</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Classificação da PA do adulto, de acordo com Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010.....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 2 - Atribuições do ACS, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) .....</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 3 - Educação Permanente/Educação Continuada: comparando conceitos e aspectos chave, Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 4 - Cronograma do curso de Capacitação em HA para ACS do Distrito Leste, do Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>50</b>
<b>Quadro 5 - Distribuição dos Módulos/Atividades do curso de Capacitação em HA para ACS do Distrito Leste, do Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>50</b>
<b>Quadro 6 - Módulo I: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>52</b>
<b>Quadro 7 - Módulo II: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>53</b>
<b>Quadro 8 - Módulo III: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>55</b>
<b>Quadro 9 - Módulo IV: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>56</b>
<b>Quadro 10 - Módulo V: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>57</b>
<b>Quadro 11 - Módulo VI: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.....</b>	<b>58</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB-** Atenção Básica
- ACS** - Agente Comunitário de Saúde
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- AVA** - Ambiente Virtual de Aprendizagem
- AVE-** Acidente Vascular Encefálico
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- DAC-** Doença Arterial Coronariana
- DCV** - Doença Cardiovascular
- DM-** Diabetes *Mellitus*
- DSC** - Discurso do Sujeito Coletivo
- DCNT-** Doença Crônica Não Transmissível
- EACS** - Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
- EAD** - Educação à Distância
- ENSP** - Escola Nacional de Saúde Pública
- EPS** - Educação Permanente em Saúde
- ESF** - Equipe de Saúde da Família
- EUA-** Estados Unidos da América
- HAS-** Hipertensão Arterial Sistêmica
- HC-** Hospital das Clínicas
- IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LDB-** Leis de Diretrizes e Bases
- MS** - Ministério da Saúde
- MMHG-** Milímetros de Mercúrio
- NPH-** *Neutral Protamine Hagedorn*
- OMS-** Organização Mundial de Saúde
- PA-** Pressão Arterial
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PNACS** - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
- PSF** - Programa de Saúde da Família
- PDF-** *Portable Document Format*
- PNEPS** - Política Nacional Educação Permanente em Saúde

**PNPIC-** Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

**PNH-** Política Nacional de Humanização

**PORTARIA GM-** Portaria do Gabinete do Ministro

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**SUDS-** Sistema Único Descentralizado de Saúde

**SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica

**SMSRP-** Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

**TIC** - Tecnologia de Informação e Comunicação

**TCLE-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNAERP-** Universidade de Ribeirão Preto

**UNASUS** - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UBDS** - Unidade Básica Distrital de Saúde

**UE-** Unidade de Emergência

**USF-** Unidade de Saúde da Família

**WHO** - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	17
1 INTRODUÇÃO .....	19
1.1 OBJETIVO GERAL .....	21
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	22
2.1 HISTÓRICO DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA NA ATENÇÃO BÁSICA .....	22
2.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: POLÍTICAS PÚBLICAS E ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	26
2.3 CARACTERIZAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE .....	34
2.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE E AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA APRENDIZAGEM .....	39
3 CASUÍSTICA E MÉTODO .....	44
3.1 NATUREZA DO ESTUDO .....	44
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	45
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	47
3.4 COLETA DOS DADOS .....	48
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	60
3.5.1 Procedimento de Coleta de Dados .....	60
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	61
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	61
3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA .....	62
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	63
4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA .....	63
4.1.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos ACS .....	63
4.1.2 Avaliação do conhecimento prévio sobre Hipertensão Arterial de ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP .....	71
4.1.3 Avaliação do conhecimento pós-capacitação permanente à distância sobre Hipertensão Arterial, aos ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP .....	72
4.1.4 Análise do conhecimento pré e pós-capacitação permanente à distância sobre HA aos ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP .....	74
4.2 AVALIAÇÃO QUALITATIVA .....	78
4.2.1 Respeito, educação e empatia com o usuário e equipe de saúde .....	79
4.2.2 Vínculo e escuta qualificada .....	82
4.2.3 Capacitação e gostar do que faz .....	84
4.2.4 Atividade física e aumento da qualidade de vida do hipertenso; Atividade física e associação de fatores de promoção de saúde e prevenção de agravos .....	87
4.2.5 Avaliação médica e acompanhamento da equipe de saúde .....	89
4.2.6 Tratamento farmacológico e terapias complementares na hipertensão .....	91
4.2.7 Tratamento do hipertenso e responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde .....	93
4.2.8 Atenção básica e educação para a cidadania .....	95
4.2.9 Troca de experiências e aprendizado .....	98
4.2.10 Capacitação para o trabalho e para a vida .....	99

4.2.11 Aprendizado <i>versus</i> dificuldades de acesso .....	101
5 CONCLUSÃO.....	103
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	105
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICE II .....	123
APÊNDICE III .....	125
APÊNDICE IV.....	129
APÊNDICE V.....	130
APÊNDICE VI.....	131
APÊNDICE VII.....	132
ANEXO A .....	133
ANEXO B .....	134

## APRESENTAÇÃO

Enquanto aluna do curso de graduação em enfermagem o meu interesse pela área da Saúde Pública imperava sobre as demais disciplinas, pois meu perfil era mais voltado para os atendimentos em unidades básicas de saúde e domiciliares. Além desse fato, também estava disposta a conhecer outras realidades sociais e de saúde, diferentes daquelas que vivenciava cotidianamente.

Em meados de 1999 conclui a graduação em Enfermagem e logo ingressei no mercado de trabalho. Nesta época, o Programa de Saúde da Família estava em franca expansão permitindo aos profissionais enfermeiros um vasto campo de trabalho e assumi o cargo de enfermeiro instrutor supervisor, na região centro-oeste e norte do Brasil.

Assim, me deparei com situações que me envolviam diretamente no processo de saúde e doença da população, como a falta de saneamento básico, moradias improvisadas, dificuldades das pessoas de acesso aos centros de saúde e hospitais e ainda um forte componente político atrelado a todas essas variáveis.

Em contrapartida, aprendi muito com as experiências trazidas pelos agentes comunitários de saúde, com a equipe de trabalho e com a própria população.

Paralelamente à atividade de enfermeira, descobri meu dom acadêmico e comecei a lecionar para os profissionais de enfermagem do nível técnico, oportunidade ímpar que o Ministério da Saúde proporcionou aos enfermeiros que atuavam no Programa Saúde da Família, a fim de oferecer maior profissionalização aos trabalhadores da área da enfermagem.

Ademais, obtive a oportunidade de realizar os cursos de pós - graduação *lato sensu* para minha melhor capacitação e crescimento pessoal. Esta formação me proporcionou a entrada na docência universitária, sendo contratada para assumir o cargo de professora assistente no curso de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto ministrando as disciplinas de Saúde Ambiental e Coletiva, Epidemiologia e a supervisão de estágios na área da Saúde Coletiva.

Concomitantemente ao curso de Enfermagem assumi algumas atividades acadêmicas no curso de Medicina da mesma universidade, atuando junto aos alunos ingressantes, na realização de visitas domiciliares, atividades de educação em saúde e assistência de enfermagem.

Atualmente, como discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, estou tendo a oportunidade de desenvolver um trabalho científico. É um sonho realizado!

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), proposta na conferência de Alma-Ata, e compreendida como eixo centralizador do Sistema Nacional de Saúde tem como pressupostos a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação que apontam para o desenvolvimento social e econômico, almejando a intersetorialidade como estratégia de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde (BUSS, 2000).

A APS é capaz de solucionar em torno de 80% a 85% das necessidades de saúde de uma comunidade, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo de orientação operacionalizada por meio da atenção primária à saúde (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (2000), no cerne dessa estratégia está à ideia de proporcionar à população o acesso à saúde nas Unidades de Saúde da Família, com igualdade de direitos a todos e assistência à sua necessidade, de maneira ampla, obedecendo aos princípios do SUS; respectivamente, o da universalidade, integralidade e equidade.

Sob essa ótica, destina-se aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a possibilidade de exercer a articulação entre os profissionais da equipe de saúde da família e o serviço local de saúde com a comunidade.

Conceitua-se, ainda como o elo cultural que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (FERRAZ; AERTS, 2004).

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no Brasil, em fevereiro de 2011, 245.525 ACS atuavam em diferentes localidades, acompanhando, aproximadamente, 120.400.000 habitantes (62,8%), ou seja, mais da metade da população já recebia o acompanhamento do ACS, de acordo com Silva e Dias (2012).

Nessa direção, o SUS tem, entre seus objetivos, a garantia de acompanhamento sistemático aos indivíduos portadores de doenças crônicas, enfermidades estas que impactam na morbimortalidade da população.

Por esse motivo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes *Mellitus* (DM), com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estes

grupos de agravos, investindo na atualização dos profissionais de saúde da rede básica.

Para operacionalizar a capacitação supracitada, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como estratégia de investimento na qualificação profissional para superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2006).

As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas, é a primeira causa de morte no Brasil, segundo os registros oficiais (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006) aponta que esse grupo de doenças foi responsável por 14% das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos, e corresponderam a mais de 25% do total de óbitos.

Diante deste cenário, em 2003, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), proposta pelo Ministério da Saúde para ser a política de educação do SUS.

A EPS é uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho, centro privilegiado de aprendizagem.

É voltada para a prática educativa pautada no cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva multiprofissional e interdisciplinar favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências, em espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (BRASIL, 2009).

Quando se pretende discutir processo de formação ou qualificação de recursos humanos é fundamental termos clareza de três aspectos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional (ALVES, 2004).

Desse modo, a complexidade e a dimensão dos desafios colocados para o processo de formação e qualificação do ACS estão intrinsecamente ligadas aos aspectos discutidos anteriormente.

Os desafios para os processos de preparação do “novo” perfil referem-se aos mecanismos de seleção, aos processos de capacitação, incluindo os treinamentos introdutórios, a educação permanente e a sistemática de supervisão adotada (SILVA; DAMASO, 2006).

Para os autores, os programas educacionais devem ser elaborados e baseados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante e, quando possível, inserindo novas tecnologias, como a Educação à Distância (EAD).

Ademais, dentro desse contexto, o desenvolvimento de algumas competências transversais, como a capacidade em trabalhar em equipe e a comunicação, devem fazer parte de qualquer programa educacional do ACS e dos outros profissionais de saúde.

Frente ao exposto, essa pesquisa tem a finalidade de explorar o conhecimento dos ACS sobre HA e disponibilizar novas metodologias para aquisição de saberes na área.

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia de um curso de formação permanente de ACS no Município de Ribeirão Preto-SP, sobre hipertensão arterial, utilizando-se de um Ambiente Virtual de Aprendizagem e metodologias ativas de aprendizagem.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico do agente comunitário de saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto/SP;
- Analisar o conhecimento anterior à capacitação à distância, sobre o tema hipertensão arterial, pelos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto/SP;
- Analisar o conhecimento posterior à capacitação à distância, sobre o tema hipertensão arterial, pelos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto/SP;
- Discorrer sobre a avaliação realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto/SP, em relação ao uso de ambiente virtual de aprendizagem.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A história é a ciência do passado e do presente, mas o estudo do passado e a compreensão do presente não acontecem de uma forma perfeita, pois não temos o poder de voltar ao passado e ele não se repete. Por isso, o passado tem que ser “recriado”, levando em consideração as mudanças ocorridas no tempo.

As informações recolhidas no passado não servirão ao presente se não forem recriadas, questionadas, compreendidas e interpretadas.

Neste tópico, face à contextualização, está descrito resgate histórico sobre o processo saúde- doença para maior compreensão do seu significado para a saúde coletiva, no nível de atenção primária à saúde.

### 2.1 HISTÓRICO DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica e ou primária à saúde compreende o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde.

As primeiras discussões acerca da atenção primária ocorreram na primeira conferência internacional sobre cuidados primários à saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo Paim (2003), desde então, tem-se mostrado um campo fértil no desenvolvimento e incorporação de novas formas e estratégias para organizar a assistência à saúde.

O mesmo autor menciona que a conferência de Alma Ata reuniu vários países para discutir e redirecionar os sistemas de saúde para proporcionar melhores condições de saúde à população devido às chocantes desigualdades existentes entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

O consenso alcançado em Alma Ata conclamou em alcançar a meta “*Saúde Para Todos no Ano 2000*”.

Ressalta Brasil (2002) que metade da população mundial não usufruía de um adequado atendimento à saúde e reconheceram a atenção primária como um novo enfoque de saúde para reduzir a distância que separa os “privilegiados” e os “carentes”.

Os cuidados primários de saúde segundo os projetos do Ministério da Saúde, contemplam ações de vários aspectos a considerar a educação em saúde, no tocante aos problemas prevalentes de saúde e dos métodos para a sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive, planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (BRASIL, 2002, p. 21).

Paralelamente, no Brasil, em 1979, acontecia a VII Conferência Nacional de Saúde com a finalidade de promover um debate amplo de termos relacionados à implantação e ao desenvolvimento de um programa nacional de saúde reafirmando as discussões de Alma Ata.

Os autores Silva, Sarreta e Bertani (2007) apontam, diante deste panorama inquietante, que o conceito de atenção primária é a resposta mais promissora entre o indivíduo e o coletivo.

Afirmam ainda que, o início dos anos 80 no Brasil foi marcado por uma série de mudanças no panorama político e social acompanhado de uma crise econômica paralela às mudanças no modelo político vigente.

Historicamente, segundo Brasil (2002), em virtude da precariedade de uma rede pública de atendimento à saúde, a previdência social passa a comprar serviços da iniciativa privada juntamente com a indústria farmacêutica internacional.

No ano de 1986, conforme afirma Brasil (2002) na cidade de Ottawa, no Canadá, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde.

Segundo Buss (1998) entende-se por Promoção de Saúde um movimento na melhoria de sua qualidade de vida e saúde da população enfatizando alguns pré-requisitos básicos tais como a paz, habitação, educação, alimentação e renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Decorridos pouco mais de 30 anos da divulgação da Carta de Ottawa as discussões não se findaram neste evento, e foram realizadas outras conferências, nas quais discutiram o significado da Promoção da Saúde.

As conferências mais relevantes na história aconteceram, respectivamente, na década de 90 e nas cidades de Adelaide (Austrália), Sundswall (Suécia), Bogotá (Colômbia) e Jacarta (Indonésia), conforme afirma Brasil (2002).

No Brasil, ocorria a Reforma Sanitária inspirada nestas conferências internacionais, movimento este que defendia o acesso aos serviços de saúde a todos, independente da condição social.

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS); depois, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde e, por fim, a lei 8080 que fundou o SUS.

Este novo sistema de saúde, organizado por meio de diretrizes como a descentralização e o atendimento integral, a participação comunitária e a equidade foi o melhor fruto colhido deste processo, tanto para a população quanto para os gestores culminando na consolidação da Atenção Primária à Saúde (COSTA, 2011).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com a tarefa de formular as bases para um sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2000).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outro agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Art. 196 (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988, p. 312).

Segundo Brasil (2004), as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

A atenção primária utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, além da adoção de tecnologias mais simplificadas e de menor custo, porém eficazes.

O Ministério da Saúde, em 18 de dezembro de 1997, através da portaria GM/MS nº 1.886, aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

Iniciou-se em alguns Estados do Nordeste, instituindo ACS como trabalhador na área da saúde, buscando estratégias de melhora nas condições de saúde da população.

Conforme explica Brasil (2004), o ACS foi efetivamente instituído e regulamentado, tornando-se o PACS uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS, sendo o PACS compreendido como uma estratégia transitória para o PSF.

O ACS deverá desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas. Dentre as atribuições básicas do ACS estão a realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade; realização de atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso; orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas; supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas; dentre várias outras atividades (BRASIL, 2002, p. 51).

Segundo a mesma portaria, a capacitação do ACS ocorre, de forma continuada, gradual e permanente.

Aponta Oliveira et al. (2008) que há necessidade de educação permanente dos trabalhadores. Desse modo, é necessário que o ACS capacite-se para exercer todas as suas atribuições no sistema de saúde.

Procurando caracterizar o perfil do ACS e seu papel na ESF, Ferraz e Aertes (2004) constataram que, para o agente, seu principal papel é o de educador em saúde.

Para os autores anteriormente citados, tal fato pode ser explicado pelo sentimento de maior valorização que esse papel pode trazer, fazendo com que o agente seja visto como um trabalhador com qualificação, à disposição da população.

E, ainda de acordo com os autores, para que o ACS não seja apenas um transmissor de simples informações, é necessário que haja educação permanente para a sua qualificação no trabalho.

Nesta direção, Oliveira et al. (2008, p. 380) apontam que a:

Capacitação, compreendida como um amplo e contínuo movimento de formação, é requisito indispensável para que a integralidade da atenção seja assumida e incorporada nas práticas de saúde das equipes de saúde da família. A atenção à saúde na comunidade pressupõe uma complexidade que consiste na capacidade de responsabilizar-se pela pessoa, não se concentrando na doença e considerando o cuidado como uma ajuda para que a pessoa amplie sua autonomia.

Costa (2011) considera também, ser de suma importância o processo de capacitação ACS, pautado na realidade local, mas buscando construir junto com

eles, possibilidades de intervenção com vistas à modificação da realidade vivenciada.

O processo de capacitação do ACS, de acordo com Brasil (2002), deve ser feito por uma proposta metodológica que compreenda os sujeitos do processo de aprendizagem de forma igualitária, a educação como meio de intervenção social buscando a transformação da realidade.

Assim, o foco da educação é o contexto social vivenciado pelos sujeitos da aprendizagem tal como se apresenta, estimulando a reflexão crítica sobre ele, de modo a construir o processo de mudança, que delineamos a seguir.

## 2.2 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: POLÍTICAS PÚBLICAS E ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Organização Pan-Americana de Saúde conceitua as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como decorrentes de complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (GOLDMAN, 2010).

Segundo o mesmo autor, desde a década de 1970 existia a preocupação com as DCNT e, buscou-se desenvolver estratégias que levassem à mudança de comportamento da população com vistas à redução dos fatores de risco para o desenvolvimento dessas patologias.

Criqui (2010) aponta que o aumento global das DCNT é resultado de uma transição epidemiológica, fenômeno que ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta a população, por meio da industrialização e pelas alterações no modo de vida das pessoas, a elas associadas.

A transição epidemiológica está dividida em quatro estágios básicos: pestilência e fome, declínio das pandemias, doenças degenerativas e produzidas pelo homem, e doenças degenerativas tardias. É possível que esteja surgindo um quinto estágio em alguns países, caracterizado por inatividade e obesidade (CRIQUI, 2010, p. 362).

Para o mesmo autor, aproximadamente 10% da população mundial ainda se encontram na era da pestilência e fome.

Segundo Goldman (2010), a era de pestilência e fome é caracterizada pelas doenças infecciosas, dentre elas a tuberculose, cólera e influenza são, com

frequência, fatais, e resultam em uma expectativa média de vida de cerca de 30 anos.

O mesmo autor mencionou que a renda *per capita* e a expectativa de vida aumentam durante a era de declínio das pandemias à medida que emergem as melhorias na qualidade do fornecimento de água e de alimentação da população combinadas à queda de mortalidade por doenças infecciosas e desnutrição.

A era das doenças degenerativas e de doenças produzidas pelo homem caracteriza-se pela mortalidade por doenças não transmissíveis, superando a mortalidade causada por desnutrição e doenças infecciosas (CRIQUI, 2010).

Os autores afirmam que existe um aumento da ingesta calórica, particularmente daquela originada de gordura animal. Prevaecem as coronariopatias e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a expectativa média de vida não ultrapassa os 50 anos.

Na era das doenças degenerativas tardias, os cânceres mantêm-se como a principal causa de morbidade e mortalidade, responsáveis por 40% a 50% de todas as mortes (GOLDMAM, 2010).

Entretanto, a mortalidade por DCNT ajustada à idade diminui, em razão da utilização de estratégias preventivas, tais como programas de combate ao tabagismo e controle efetivo da pressão arterial.

Cerca de 20% da população mundial encontram-se nesta era ou a estão deixando, para entrar no quinto estágio de transição epidemiológica (KARP; HOLERS, 2010).

Goldman (2010) ressalta que a epidemia de sobrepeso e obesidade sinaliza o início da era da inatividade e obesidade.

Segundo Criqui (2010), o Japão é um caso único entre os países com renda elevada que apresentam índices de AVE altos ao longo do último século, mas as taxas de DCNT não aumentaram de forma tão abrupta.

O mesmo autor destaca que esta diferença tem origem em fatores genéticos, dieta balanceada em peixes e vegetais, com baixo teor de gordura.

Em geral, a América Latina e o Caribe, consideradas como regiões com renda baixa e média aproximadamente 25% dos cidadãos vivem na pobreza e para muitos as doenças infecciosas e a desnutrição ainda são os principais problemas (GOLDMAM, 2010).

De acordo com Karp e Holers (2010), na África a expectativa de vida é a menor do planeta. Enquanto que o HIV/AIDS é a principal causa de morte, as DCNT são a terceira entre os indivíduos com mais de 30 anos.

Os autores referem que uma transição epidemiológica muito parecida à que ocorreu nos Estados Unidos da América (EUA) está acontecendo em todo o mundo, mas fatores regionais específicos modificaram alguns aspectos da transição em várias regiões do planeta.

Paralelamente, no Brasil, os autores Malta, Neto e Junior (2011) afirmam que as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%).

Citam ainda, que os indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda são os mais afetados.

Os principais fatores de risco para as DCNT de acordo com os autores Malta, Neto e Junior (2011) são o tabaco, a alimentação inadequada, o sedentarismo responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto.

A partir dos últimos anos, da década de 1990, e no início dos anos 2000, a prevenção para DCNT, em especial das cardiovasculares, tornou-se motivo de preocupação ao Ministério da Saúde, e no ano de 2001 foi lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao DM.

Brasil (2002) destaca que o plano tinha ainda como objetivo a garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento e acompanhamento. Assim, promoveria a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde.

Nesse mesmo ano de lançamento do plano de reorganização da atenção à HA e DM (BRASIL, 2001) as campanhas de rastreamento da HAS e do DM resultaram na criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA).

O cadastramento ocorreu em todas as unidades ambulatoriais do SUS, e com este sistema informatizado, tornou-se possível a descrição do perfil epidemiológico,

o acompanhamento e a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos (BRASIL 2002).

Os autores concluem que 17 milhões de pessoas são portadoras de HA, sendo 35% em indivíduos acima dos 40 anos de idade. As Estimativas da OMS segundo Brasil (2006), inferem que o número de portadores da HA, em todo o mundo, era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025.

Paralelamente, em 2006, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde por meio da Portaria n. 687 com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2008).

No município de Ribeirão Preto a atenção ao HAS e DM ocorre mediante o Programa de Saúde do Adulto, por meio de um aprimoramento multiprofissional que integra áreas de Educação Física, Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Nutrição, com o intuito de formar educadores em HA e DM.

Desde então, o objetivo do programa anteriormente citado é o de proporcionar um atendimento multiprofissional, em grupo e/ou individual, em unidades de saúde determinadas pela equipe de coordenação, num trabalho em conjunto com equipe médica, enfermagem e de farmácia das unidades de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

As atividades desenvolvidas compreendem o atendimento especial de cada área, por meio de visita domiciliar, atividade física de duas a três vezes por semana, grupos educativos e grupos de apoio psicológico.

Em relação à patologia da HAS, esta é considerada um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV), cerebrovasculares e renais crônica.

Ademais, conforme afirma Brasil (2010), a HAS é responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e por 25% das mortes por Doença Arterial Coronariana (DAC). Em combinação com o diabetes, representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise.

A HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global, estimado pela presença dos fatores de risco, a preservação de lesões nos órgãos alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006, p. 77).

Segundo Criqui (2005), a HAS é a elevação da Pressão Arterial (PA) acima de um valor limítrofe pré-estabelecido esclarecendo que o coração, ao se contrair, gera uma pressão que vai impulsionar o sangue do ventrículo esquerdo até o átrio direito. A PA é definida por dois níveis: a sistólica, que é o nível máximo no momento da ejeção; e a diastólica, que é o nível mínimo, no momento do fechamento da válvula aórtica.

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (2006) a aferição da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão, assim como serve de parâmetro para a avaliação da eficácia do tratamento.

Esta sociedade médica afirma que a aferição da pressão arterial deve ser realizada em toda avaliação de saúde, por médicos das diferentes especialidades e demais profissionais da área de saúde, devidamente treinados.

Alguns estudos têm mostrado que, na prática clínica, nem sempre a aferição da pressão arterial é realizada de forma adequada. No entanto, os erros podem ser evitados com preparo apropriado do paciente, uso de técnica padronizada e equipamento calibrado.

No Quadro 1 é apresentada a classificação da PA para adultos com mais de 18 anos.

**Quadro 1 - Classificação da PA do adulto, de acordo com Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010.**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>SISTÓLICA (mmHg)</b>	<b>DIASTÓLICA (mmHg)</b>
Pressão normal	Menor que 130	Menor que 85
Pressão normal limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão leve (estágio I)	140 – 159	90 – 99
Hipertensão moderada (estágio II)	160 – 179	100 – 109
Hipertensão grave (estágio III)	Maior ou igual a 180	Maior que 110
Hipertensão sistólica isolada	Maior ou igual a 140	Menor que 90

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010).

Segundo Brasil (2006), a HAS pode ser definida como a presença de um nível persistente de PA em que a pressão sistólica se encontra acima de 140 mmHg e a

diastólica acima de 90 mmHg mencionando, que na população idosa, a HAS é definida como pressão sistólica acima de 160 mmHg e diastólica acima de 90 mmHg.

É uma doença denominada de assassina silenciosa, pois as pessoas portadoras de HAS, muitas vezes, são assintomáticas.

O *National Heart, Lung and Blood Institute* estima que metade das pessoas com HAS desconhecem a sua presença uma vez desenvolvida, pois trata-se de um distúrbio presente por toda a vida (LUNA; SABRA, 2006).

Os autores descrevem que 20% da população adulta desconhecem a HAS, mais de 90% delas têm hipertensão essencial (primária), que não tem uma causa clínica identificável.

O restante desenvolve elevações de PA decorrentes de uma causa específica (hipertensão secundária), como estreitamento das artérias renais ou doenças do parênquima renal, certos medicamentos, disfunções orgânicas, tumores e gravidez (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A elevação da PA pode lesar os vasos sanguíneos em todo o corpo, sobretudo nos olhos, coração, rins e cérebro (KARP; HOLERS, 2010).

A perspectiva atual é de 25 milhões de indivíduos hipertensos no Brasil. Quando se faz um levantamento em relação à idade, a história natural da hipertensão diastólica se inicia na 3ª década; e a sistólica, em geral, na 5ª década. Após os 60 anos, seguramente 60% da população será hipertensa (BRASIL, 2006).

Conforme Brasil (2006), dentre os fatores de risco comportamentais, o tabagismo é relevante, considerando-o uma toxicomania caracterizada pela dependência física e psicológica do consumo de nicotina, substância presente no tabaco.

Estima-se que o tabaco cause 5 milhões de mortes a cada ano segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), 1,2 milhão de indivíduos fumaram no ano de 2000, número cuja projeção indica um aumento, chegando a 1,6 bilhão em 2030.

O fumo tem se mostrado um forte preditor de desenvolvimento de HAS. Giordi (2010) conclui que diversos mecanismos têm sido apontados para explicar os efeitos pressores e vasoconstritores do cigarro.

Em relação ao fator de risco comportamental a ingestão de calorias versus a renda *per capita* aumenta à medida que os países se desenvolvem. No que se refere às DCNT, um elemento-chave nas

mudanças dietéticas é o aumento na ingestão das gorduras animais saturadas e das gorduras vegetais hidrogenadas, que contêm ácidos graxos *trans* aterogênicos, além da diminuição no consumo de alimentos vegetais e do aumento na ingestão de carboidratos simples (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2007, p. 319).

As recomendações em relação ao sedentarismo é a prática regular de atividades físicas com o intuito de ser um fator de proteção para a ocorrência dos agravos cardiovasculares (TURI et al., 2013).

Nos EUA, aproximadamente 25% da população não realiza qualquer atividade física, contrapondo-se a China, que considera a atividade física arte integrante da vida cotidiana. Aproximadamente 90% da população urbana caminha ou vai de bicicleta para o trabalho, às compras ou à escola diariamente (GOLDMAN, 2010).

O autor citado anteriormente afirma que nos países com rendas baixa e média é o alto índice de HA não-diagnosticada e, portanto, não-tratada.

Segundo Karp e Holers (2010), este fato pode explicar, ao menos em parte, os índices elevados de HA, especialmente da hipertensão não-diagnosticada, em toda a Ásia onde provavelmente contribuem para a alta prevalência de AVE hemorrágico nessa região).

Ainda que esteja claramente associada ao risco elevado de DAC, grande parte dos riscos relacionados com a obesidade pode estar mediado por outros fatores de risco para DCV, incluindo hipertensão arterial, diabetes e desequilíbrio no perfil lipídico.

O autor afirma que a prevalência de obesidade extrema ( $IMC \geq 40\text{kg/m}^2$ ) mais do que triplicou em uma década. Em muitos países com rendas baixa ou média, a obesidade parece coexistir com subnutrição e desnutrição (CRIQUI, 2010).

Como consequência ou em acréscimo aos índices de massa corporal crescente e aos níveis decrescentes de atividade física, as taxas mundiais de diabetes – especialmente do diabetes tipo 2 – estão aumentando. Em 2003, 194 milhões de adultos, ou 5% da população mundial, tinham diabetes, sendo que quase 75% viviam nos países com renda elevada. Em 2025, projeta-se que dobre o número de indivíduos com diabetes tipo 2 em 3 das 6 regiões com rendas baixa e média: Oriente Médio e África Setentrional, Ásia Meridional, e África Subsaariana (CRIQUI, 2010, p. 55).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) inúmeras evidências mostram benefícios na restrição do consumo de sal em relação a redução da PA.

Estudos afirmam que comparando dieta hipossódica com a dieta habitual, com ou sem redução de peso, demonstram efeito favorável, embora modesto, na redução da PA com a restrição de sal. Portanto, mesmo reduções modestas no consumo diário podem produzir benefícios (KARP; HOLERS, 2010).

A dieta habitual contém de 10 a 12 g/dia de sal. É saudável uma pessoa ingerir até 6 gramas (g) de sal por dia, correspondente a quatro colheres de café (4 gramas) rasas de sal adicionadas aos alimentos, que contêm 2 g de sal (CRIQUI, 2010).

Outro fator de risco que as diretrizes enfatizam é a questão da elevação transitória da pressão arterial em situações de estresse, como o estresse mental, ou elevações mais prolongadas, como nas técnicas de privação do sono.

Estudos mais recentes evidenciam a abordagem de aspectos psicoemocionais e psicossociais, pode não ser útil na melhora da adesão do paciente a medidas terapêuticas não-medicamentosas e medicamentosas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Ressalta-se, pelas diretrizes, limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol para homens e 15 g/dia para mulheres. Aos pacientes que não se enquadrarem nesses limites de consumo, sugere-se o abandono.

Na abordagem medicamentosa, qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos comercialmente disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial.

Os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina, e com antagonistas dos canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 35).

Os estudos revelam que com relação ao tratamento anti-hipertensivo deve-se também considerar que o esquema anti-hipertensivo deve manter a qualidade de vida do paciente, estimulando a adesão às recomendações prescritas.

Nesse sentido, a produção do cuidado aos usuários com HA está diretamente relacionada às práticas de um trabalho multiprofissional, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular.

### 2.3 CARACTERIZAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O desenvolvimento de uma ação conjunta de promoção e proteção à saúde, desenvolvidas por uma equipe de saúde; dirigidas às pessoas, família e comunidade, compreende a APS, também denominada de AB, da qual a ESF tem como finalidade a organização dos serviços de saúde.

Composta por uma equipe multidisciplinar, interdisciplinar e resolutiva. O foco da atenção é a pessoa e não a doença (BRASIL, 2000).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a rotina de trabalho das equipes inclui o conhecimento do território e da população, da dinâmica familiar e social, que são ferramentas valiosas para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas.

O ACS é um personagem fundamental neste cenário, este fortalece a integração entre os serviços de saúde e a comunidade e contribui para a qualidade de vida das pessoas.

Para Brasil (2009), o processo de trabalho do ACS está diretamente relacionado com a promoção do cuidado, ou seja, através de seus conhecimentos, instrumentos e suas habilidades de se relacionar com o usuário, através da escuta, do vínculo e atenção humanizada.

No processo de fortalecimento do SUS, o ACS tornou-se um ator politicamente importante, no cenário da assistência a saúde realizando a integração entre a atenção primária e a comunidade.

A promoção, prevenção, tratamento e reabilitação são quatro tipos de serviços que atendem os problemas da comunidade, e o ACS trabalha essencialmente com a promoção e prevenção da saúde na atenção básica, é considerado o elo entre a comunidade e a unidade de saúde (BRASIL, 2000).

Os dados do Departamento de Atenção Básica apontam que no início do ano de 2013, a população brasileira está composta por 192.379.287 habitantes, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o número de municípios com ACS é de 5.411, a estimativa da cobertura gira em torno de 125 mil habitantes.

Esses números são diferentes para cada tipo de região, tais como: Centro-Oeste, composta por quatro estados Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, 65,47% de cobertura e população aproximadamente 14.224.192; região Nordeste, composta pelos estados do Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Alagoas, estimativa de 94, 21% e população de 53.501.859. Na região Norte, os referidos estados são: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Rondônia, Tocantins com uma população de 16.095.187 e um total de cobertura 80,44% (BRASIL, 2009, p. 67).

Por fim, segundo dados do Ministério da Saúde (MS) nas regiões Sudeste (Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo) a população total de 80.975.616 a cobertura de 49,98% e a região Sul representada por três estados: Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina tem a menor, com uma população total de 2.756.243 e cobertura de 57,29%.

No total dos 27 Estados, a população é de 192.379.287 habitantes, com cobertura de 64,87% (BRASIL, 2009).

O PACS foi criado em 1991 como uma das estratégias do MS para mudar a forma de organizar os serviços de saúde e melhorar o acesso e a qualidade da atenção à população.

Em 1994, a criação do PSF fortaleceu a atuação do ACS e, posteriormente, os dois programas passaram a ser denominados pelo MS como “estratégia”. A Estratégia de ACS (EACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

As equipes de ACS e da ESF constituem-se na principal estratégia para a organização das ações de saúde na atenção básica, com foco na promoção da saúde e na qualidade de vida das famílias (BRASIL, 2000).

O ACS tem como atribuição o exercício de atividades e prevenção de doença e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual e federal (BRASIL, 2009), como delineadas no Quadro 2.

**Quadro 2 - Atribuições do ACS, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).**

- 1- Utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade.
- 2- Promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva.
- 3- Registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos.
- 4- Estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde.
- 5- Realização de visita domiciliar (VD) periódicas para monitoramento de situações de risco da família.
- 6- Participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor de saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida da população.

Fonte: Lei n. 11.350/2006

Para os autores Silva e Dias (2012) os 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.

Apontam ainda que o ACS identifica e mapeia os processos produtivos instalados no território e estabelece relações entre essas atividades e as queixas, demandas e problemas de saúde das famílias.

Associa-se ao já citado, por meio das visitas domiciliares, o fato que 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 a que estão expostos.

O ACS compõe, juntamente com o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem a equipe mínima do PSF, que tem como foco principal oferecer ações de prevenção da doença e promoção da saúde dos indivíduos e família, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

Uma característica peculiar dos ACS é o fato de pertencerem à comunidade em que trabalham e não terem exigências de um conhecimento técnico específico prévio para o exercício da profissão.

Como preconizada na Lei n. 11.350 de 2006 (BRASIL, 2006), os ACS devem pertencer à comunidade, o que pressupõe maior familiaridade com os problemas da mesma, permitindo realizar ações de educação, identificação de fatores de adoecimento.

Conforme descrevem os autores Nunes et al. (2002), o fato dos ACS conviverem com a realidade do bairro onde moram e de trabalharem e serem formados a partir de referenciais biomédicos os faz veículos de contradições e, ao mesmo tempo, permitindo-os realizar um diagnóstico profundo entre esses dois saberes e práticas.

Sendo assim, os autores levantaram a hipótese do ACS ter um papel híbrido e polifônico, possuindo uma posição estratégica de mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, servindo ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação.

Ainda sobre a atuação do ACS, Silva e Dalmaso (2006) identificam duas dimensões principais de atuação do ACS: uma mais técnica, relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, e outra atuação mais política no sentido de organização da comunidade e de transformação das condições de saúde.

A profissionalização do ACS é importante para as equipes e para a comunidade, pois os ACS têm um perfil diferente de liderança social.

Devido aos aspectos políticos, a atuação do ACS, independe da formação técnica em saúde. Silva e Dias (2012) propõe trabalhar com competência, pois entende que o ACS deve ter uma noção de causa, consequência e prevenção.

As competências que o mesmo autor aponta compreendem observação, ética, noção de causa e consequência, comunicação, integração, liderança, responsabilidade e autonomia.

Contudo, a formação e a educação permanente não podem acontecer de forma isolada e descentralizada, o trabalho cotidiano do ACS exige constantes atualizações. Alves (2004, p. 42) esclarece que:

Há uma necessidade emergente de estimular-se a criação de espaços de escuta e de reflexão sobre o cotidiano dos trabalhadores da saúde, pois de nada adianta a realização de cursos e encontros de qualificação se não forem reservados espaços para olhar, escutar, refletir e reconstruir uma forma de trabalhar, na qual os conteúdos teóricos possam subsidiar a prática diária. Articular a teoria com a prática é a melhor forma de criar condições para que habilidades e atitudes sejam discutidas e modificadas com vista a qualificação do processo de trabalho.

Neste sentido, o ACS necessita estar atualizado quanto às DCNT para poderem escutar, refletir e discutir com a comunidade como podem fazer o processo de enfrentamento para a promoção de saúde e prevenção de doenças, como a HAS.

A equipe mínima de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, por 1 a 2 auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, que devem atuar de forma integral na abordagem da avaliação de risco cardiovascular e nas medidas preventivas quanto à HA e DM. (BRASIL, 2006).

As atribuições e competências dos membros da equipe de saúde estão dispostas, conforme Brasil (2006), e comentadas a seguir.

Em relação à HA e DM compreendem desde o esclarecimento da comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares até as orientações sobre as medidas de prevenção.

O rastreamento anual da HA é necessário a todos os indivíduos mesmo, aqueles sem queixas.

É imprescindível que o ACS questione sobre o uso regular dos medicamentos, cumprimento das orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.

Segundo Brasil (2006), tais informações são devidamente registradas na sua ficha de acompanhamento, a ficha B-HA e B- DIA, ambas pertencentes ao SIAB.

Nesse contexto, insere-se a Enfermagem, considerando a regulamentação estabelecida pelo Ministério da Saúde.

A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica afirma que a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes.

A jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006).

Outro fator de extrema importância é o encaminhamento desses indivíduos rastreados à consulta de enfermagem, pois os suspeitos de serem portadores de hipertensão devem ser monitorados, verificando o comparecimento dos mesmos às consultas agendadas na unidade de saúde (LESSA, 2004).

Como membro desta equipe multiprofissional, o enfermeiro tem competências e atribuições que vão desde a capacitação dos auxiliares de enfermagem para a verificação correta da PA, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, até a supervisão direta e permanente das atividades desenvolvidas por esses profissionais.

Estes autores destacam as ações de enfermagem para diagnóstico da HA. São elas: pré-consulta (triagem/confirmação diagnóstica), pós-consulta (reforço de orientação após as consultas médicas), controle dos retornos, contato e busca dos faltosos (visita domiciliar), além da coordenação do serviço e realização de projetos de pesquisa. Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos que não aderem e/ou não controlados, portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com co-morbidades.

Segundo o protocolo, encaminhar para consultas médicas trimestrais, os indivíduos diabéticos bem controlados, hipertensos que mesmo apresentando controle da PA, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, vasos) ou com co-morbidades (BRASIL, 2009; RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Para atender a população de forma adequada o conhecimento e a capacitação dos ACS são essenciais e, nesse sentido, a educação permanente se faz necessária.

## 2.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE E AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA APRENDIZAGEM

Os enfoques educativos transformaram-se nos últimos anos, a década de 80 foi marcada por renovações e estratégias de capacitação dos trabalhadores da saúde.

Ao discutir educação em enfermagem, é importante definir conceitos acerca da Educação Permanente, Educação Continuada e Educação em Serviço, pois entender suas diferenças é o primeiro passo para exercitar essas práticas educativas voltadas para o trabalho em equipe.

Segundo Paschoal, Mantovani e Meier (2007) é relevante destacar que Educação Permanente, Educação Continuada e Educação em Serviço são processos que se caracterizam pela continuidade das ações educativas, ainda que se fundamentem em princípios metodológicos diferentes, e quando implementadas em conjunto, possibilitam a transformação profissional através do desenvolvimento de habilidades e competências e, assim, fortalecem o processo de trabalho.

Os autores afirmam que os debates acerca da educação levaram a contrastar os paradigmas das denominadas “Educação Continuada” e “Educação Permanente” e “Educação em Serviço”.

A educação continuada é definida como um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo, onde é oportunizado o desenvolvimento do funcionário assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição (CUNHA, 2010).

Para o autor o conhecimento acerca da educação continuada oscilou desde uma vertente restrita de treinamentos, capacitação e atualização dentro de modelos tradicionais até uma visão que não esgota somente nessas atividades, onde a educação continuada é entendida como momento de valorização e crescimento pessoal do profissional no trabalho.

Segundo Camacho (2009), a crítica da Educação Continuada está relacionada aos treinamentos e a reciclagem do conhecimento, defende que a atualização é útil, mas não necessariamente tem o potencial de transformar as práticas nos serviços.

Ao refletirmos sobre o conceito de educação continuada, a partir de outro autor, podemos compreendê-la como:

[...] um processo educativo, formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício da cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma práxis crítica e criadora (SILVA et al., 2011, p. 343).

A educação continuada considera a vivência de trabalho do profissional, onde a valorização desse saber aponta a realidade do serviço, a exposição das necessidades e problemas, e estimula a troca de experiências, a criação de uma nova prática do saber, a partir do pensamento crítico gerado por esse processo.

A educação continuada é aqui apresentada numa perspectiva mais ampla, que se preocupa com a valorização do ser humano.

Para Silva et al. (2011), além da busca de metodologias diferenciadas para aplicar na tentativa de avançar no processo de ensino-aprendizagem, possibilitam a resolução de problemas da prática.

Percebemos que existe um consenso entre os autores sobre o conceito de Educação Permanente.

O conceito de EPS é definido na Política Nacional como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados a partir da problematização da própria prática.

A proposta pedagógica utilizada na capacitação permanente necessita considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos dos seus próprios processos de formação ao longo de toda a sua vida. A capacitação precisará incidir sobre o processo de trabalho, sendo realizada de preferência no próprio trabalho, avaliada e monitorada pelos participantes (SILVA et al., 2008).

Na Educação Permanente em Saúde, as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. A comparação entre as duas modalidades de educação no trabalho, destacamos que a Educação Continuada envolve as atividades de ensino após a graduação (atualização), possui duração definida e utiliza metodologia tradicional, enquanto a Educação Permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho (BRASIL, 2004, p. 45).

Propões, ainda, a EPS que, através da análise coletiva dos processos de trabalho, seus atores possam se responsabilizar mutuamente pela produção de autonomia e de cuidados na perspectiva da integralidade da assistência.

Segundo Fortuna et al. (2011), baseada na aprendizagem significativa, a EPS também propõe que essa análise seja desenvolvida na interlocução, em rodas de conversas sobre os problemas e dificuldades vivenciadas no cotidiano da produção do cuidado, da gestão, da formação dos trabalhadores para o SUS e da participação e controle sociais.

Segundo Oliveira (2007), a Política Nacional de EPS preocupa-se com a educação permanente como meio de transformar as práticas educativas da formação, da atenção, da gestão, de formação de políticas, de participação popular e de controle social no setor de saúde.

Foi apontado em um dos estudos que a EPS é uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho, centro privilegiado de aprendizagem. É voltada para a prática educativa que se orienta pelo cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva multiprofissional e interdisciplinar (FORTUNA et al., 2011).

Ao compararmos as duas modalidades de educação no trabalho, no Quadro 3 é possível estabelecermos os conceitos de educação continuada e educação permanente em saúde, com uma abordagem mais atualizada.

**Quadro 3 - Educação Permanente/Educação Continuada: comparando conceitos e aspectos-chave, Ribeirão Preto/SP, 2014.**

<b>ASPECTOS</b>	<b>EDUCAÇÃO CONTINUADA</b>	<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>
<b>PÚBLICO – ALVO</b>	Uni profissional	Multiprofissional
<b>INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO</b>	Prática e Autônoma	Prática Institucionalizada
<b>ENFOQUE</b>	Temas de Especialidade	Problemas de Saúde
<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b>	Atualização Técnico – Científica	Transformação das Práticas Técnicas e Sociais
<b>PERIODICIDADE</b>	Esporádica	Contínua
<b>METODOLOGIA</b>	Pedagogia da Transmissão	Pedagogia Centrada na Resolução de Problemas
<b>RESULTADOS</b>	Apropriação	Mudança

Fonte: Autora.

Inúmeros são os conhecimentos produzidos acerca dos processos de Educação Permanente, Continuada e em Serviço, e que seus conceitos são claramente diferentes, porém apresentam um caráter complementar e não excludente a cada prática.

Entretanto, apesar de serem baseados em metodologias diferentes, existem conflitos ao conceituar cada um desses processos educativos.

Atualmente, já é possível potencializar a Educação Permanente e em Serviço com os aportes das tecnologias de Educação a Distância, vivemos a terceira geração, baseada em redes de conferência por computador e estações de trabalho multimídia, destacando-se as possibilidades oferecidas pelo acesso à Internet. Para alguns, a educação a distância, com as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), é a panaceia dos problemas educacionais (PRADO et al., 2012).

A tendência é que as fronteiras entre educação presencial e a distância, cada vez mais, percam demarcações rígidas. Cursos à distância recorrem a atividades presenciais como estratégias para conseguir um melhor rendimento, aumentando o sentimento de fazer parte de um grupo, o que pode ser decisivo para evitar a evasão (BRUNO; LEMGRUBER, 2009).

Neste sentido, a educação à distância entra como diferencial. Aprender com o outro mediado por tecnologias que permite, que estes “outros” se encontrem. Não é o ambiente *on-line* que define a educação à distância. O ambiente e as suas interfaces condicionam, mas não determinam. Tudo dependerá do movimento comunicacional e pedagógico dos sujeitos envolvidos (BACKES et al., 2007).

Tais autores associados ao defendido pelo MS (BRASIL, 2006) permitem-nos afirmar que este tipo de formação é particularmente relevante quando planejado e conduzido com intervenções específicas no ambiente organizacional de trabalho visando à capacitação de profissionais baseado na dimensão da aprendizagem e a troca de conhecimentos.

É neste sentido que o uso das novas tecnologias para educação à distância torna-se possível, possibilitando conhecimentos norteadores de uma prática profissional engajada no mercado de trabalho (PAIXÃO et al., 2011).

Segundo Moran (2005), não é apenas a tecnologia que resolve o distanciamento do aluno, mas a valorização da capacidade de se comunicar, de gestos aproximadores e da gestão de processos participativos que movem o processo de ensino-aprendizagem diante dos ambientes virtuais.

Ao professor, quanto maiores forem às diferentes situações que proporciona a si mesmo, melhor estará preparado para vivenciar diferentes papéis, metodologias e projetos pedagógicos (MORAN, 2005).

Frente ao exposto, considerando todos os aspectos do projeto, acredita-se que na amostra deste estudo haverá assimilação positiva de conhecimento pelos ACS, quando capacitados por intermédio de um AVA, o que poderá num futuro próximo propiciar uma metodologia ativa de aprendizagem eficaz e de baixo custo para este perfil de trabalhador da saúde.

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODO

#### 3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal, e abordagem qualiquantitativa, realizado com Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto/SP.

Na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, ou seja, ocorre a descrição detalhada das variáveis por meio da observação direta e sistemática sem a interferência do pesquisador que descreve com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, como se pretende levantar nesse estudo, no primeiro momento (GIL, 2010), ainda que se restrinja no tempo definido.

O delineamento transversal envolve a coleta de dados em determinado ponto temporal e todos os fenômenos estudados são contemplados durante esse período delimitado. Estudos transversais têm como vantagens a economia e a facilidade de controle, assim como há explicações alternativas para as diferenças observadas (POLIT; BECK, 2011), ainda que restrinja-se no tempo definido.

A abordagem quantitativa no campo da saúde está geralmente submetida aos cânones da epidemiologia. A partir desta perspectiva, os métodos quantitativos têm a vantagem de produzir dados estatisticamente significantes, relativos a uma realidade, que permitem avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças (CODATO; NAKAMA, 2006).

No estudo vigente exploramos o conhecimento dos ACS sobre HA e disponibilizamos novas metodologias para aquisição de saberes na área, com vistas a torná-los mais seguros em sua prática profissional.

Com relação à abordagem qualitativa é possível explicar o porquê das coisas, não há uma preocupação com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social. Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados (POLIT; BECK, 2011).

Centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Utilizar-se desta metodologia exige algumas qualidades pessoais, que são essenciais para ser um bom pesquisador, é necessário além do conhecimento sobre o assunto, ter curiosidade, criatividade, integridade intelectual e sensibilidade social, além do mais é importante possuir atitude autocorretiva, imaginação disciplinada, perseverança, paciência e, principalmente, confiança na experiência (GIL, 2010).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Ribeirão Preto está localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, dista à 313 km da capital, a população do município segundo o Censo IBGE (2013) foi de 649. 556 habitantes.

É um município particularmente urbano, com predominância do sexo feminino, destacando-se na pirâmide populacional do município uma base estreita, distribuída nas seguintes faixas etárias: 19,37% de 0 a 14 anos, 43,12% de 15 a 39 anos, 24,82% de 40 a 59 anos e 12,57% com 60 anos ou mais (IBGE, 2013).

O perfil de morbidade municipal tem se modificado ao longo dos anos, acompanhando as mudanças ocorridas no estado e no país.

O envelhecimento da população, aliado a outros fatores determinantes e condicionantes de saúde tem contribuído para o aumento das causas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se entre elas as doenças do aparelho circulatório (IBGE, 2013).

Nos últimos anos têm permanecido como a primeira causa de mortalidade no município, seguida pelas doenças cerebrovasculares e as neoplasias malignas dos órgãos digestivos como segunda e terceira causas de mortalidade, respectivamente (IBGE, 2013).

No município de Ribeirão Preto existem 15 unidades hospitalares, dos leitos hospitalares existentes no município, 71% estão disponibilizados para o SUS entre estes destacam-se o Hospital das Clínicas (HC) de Ribeirão Preto - Campus, Unidade de Emergência (UE) e Hospital das Clínicas da Criança; Hospital Estadual

de Ribeirão Preto; Hospital Santa Casa de Ribeirão Preto; Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto - Hospital Santa Tereza; Hospital Sanatório Espírita Vicente de Paulo; Hospital Beneficência Portuguesa; Hospital do Câncer de Ribeirão Preto - SOBECCan; Hospital São Lucas; Hospital Ribeirânia; Hospital Municipal Santa Lydia; Hospital São Paulo; Hospital São Francisco; Hospital Electro Bonini; Hospital Mater - Maternidade do Complexo Aeroporto; Hospital Maternidade Sinhá Junqueira e o Hospital Unimed Ribeirão (em implantação) (IBGE, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto é o órgão ligado de forma direta à Prefeitura do Município de Ribeirão Preto e tem por função a manutenção e funcionamento do SUS (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Para o atendimento primário, a assistência dos serviços de saúde está organizada em 05 regiões denominadas Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas Regiões: Norte - Distrito do Simione, Sul - Distrito de Vila Virgínia, Leste - Distrito de Castelo Branco, Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central - Distrito Central (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

Cada Distrito de Saúde conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS), que têm como finalidade prestar atendimentos básicos nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência, bem como programas de promoção e prevenção em saúde, incluindo os PSF e de ACS (RIBEIRÃO PRETO, 2010).

O presente estudo foi realizado no Distrito Leste de Saúde e a população estimada é de 159.802 habitantes, sendo a UBS Castelo Branco composta por 50.680 habitantes, a USF Jardim Zara por 12.493 habitantes, a UBS Vila Abranches com 19.941 habitantes, a UBS Jardim Juliana com 17.017, a UBS São José 9.945, a UBS Santa Cruz por 36.402 habitantes e, por fim, a UBS Bonfim Paulista composta por 13.324 habitantes. Nesse distrito existia 62 (sessenta e dois) ACS, prestadores de serviços na área delimitada.

Ressalta-se a importância da parceria nos Distritos de Saúde com as Instituições de Ensino Superior sediadas no município para a formação de estudantes no SUS e qualificação profissional dos trabalhadores da rede municipal de atenção à saúde.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Como população do estudo foram selecionados todos os ACS do município de Ribeirão Preto, porém apenas os ACS do Distrito Leste, por tratar-se de um estudo proposto para os ACS do Distrito Leste, inicialmente, foram convidados a participar nesse momento, distribuídos da seguinte forma: UBS "Rubens Issa Halak" - Jardim Juliana (05 agentes); UBS "José Ribeiro Ferreira" - São José (08 agentes); UBS "Hélio Lourenço de Oliveira" - Santa Cruz (04 agentes); UBS "Carlos Chagas" - Vila Abranches (10 agentes); UBS "Mamoru Kobayashi" - Bonfim Paulista (11 agentes) e USF "José Paulo Pimenta de Mello" - Jardim Zara (24 agentes).

O ACS é um servidor público que faz parte do povo, e nesse sentido, se reconhece no cenário de atuação e identifica lacunas nesse espaço, possibilitando ações mais voltadas para a realidade da comunidade onde vive e trabalha (BRASIL, 2009).

Foram incluídos no estudo os servidores que têm a função/comprometimento de assistência/atendimento ao cliente/usuário como ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto.

Os ACS excluídos do estudo compreenderam agentes de outros distritos diferentes do Leste, aqueles que se recusaram a participar do mesmo ou não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), após ciência dos objetivos da pesquisa.

Os critérios de descontinuidade consideraram agentes comunitários que por algum motivo se ausentaram de uma das etapas do projeto.

Inicialmente, o número de ACS pertencentes ao Distrito Leste era de 62, porém houve algumas modificações e reestruturações em relação a este número de profissionais e, 10 deles, foram remanejados para outras unidades de saúde no município de Ribeirão Preto, restando 52 ACS.

Deste total de 52 ACS, 37 iniciaram a capacitação, porém apenas 29 realizaram as atividades e concluíram o curso. Assim, 08 ACS foram excluídas, obedecendo aos critérios iniciais de recusa e descontinuidade. Em síntese, considerando os 37 ACS o estudo teve um erro amostral de 12%, com intervalo de confiança de 95%.

### 3.4 COLETA DOS DADOS

Houve coleta de dados, presencial, no primeiro e no último dia da formação permanente. O primeiro encontro presencial serviu para explanação e explicação dos procedimentos de acessibilidade ao AVA. O restante da coleta de dados ocorreu por meio do AVA. Na Figura 1 apresentamos o convite enviado aos ACS para a participação no curso de formação permanente sobre HA.

**Figura 1- Convite para os ACS referente à participação no curso de formação permanente em HA do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**



**Fonte:** Autora.

Para aqueles que concordaram em participar do projeto foi solicitada a assinatura de um TCLE (Apêndice I), após a leitura do referido documento.

O curso de formação permanente oferecido aos ACS na modalidade semipresencial, por meio de AVA, sobre o tema Hipertensão Arterial, foi realizado

nas dependências do Laboratório de Informática da Universidade de Ribeirão Preto, o que nos propiciou acesso à tecnologia de informação e ao AVA.

Na Figura 2, podemos observar a interface da página de abertura do curso no AVA.

**Figura 2 - Interface do AVA do curso de Capacitação em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

A capacitação se deu nos moldes descritos nos Quadros 4 e 5, onde se observa o planejamento sistemático das atividades propostas em cada módulo, disponibilizando vídeos e conteúdos escritos, além dos fóruns e momentos de avaliação somativa e formativa.

Para planejamento e implementação do curso de capacitação em questão houve a preocupação de manter os participantes estimulados a participar, especialmente, por termos optado em realizar um curso no AVA, na modalidade semipresencial.

**Quadro 4 - Cronograma do curso de Capacitação em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

DATA	ATIVIDADE/MÓDULOS	LOCAL	MATERIAL DIDÁTICO	CARGA HORÁRIA
00/00/2014	1. Instruções/ Avaliação formativa Inicial	UNAERP/AVA		4 h
00/00/2014	2. Aspectos Nutricionais da HÁ	AVA	Leitura de textos Vídeo	2 h
00/00/2014	3. Importância da Atividade Física do Hipertenso	AVA	Leitura de textos Vídeo	2 h
00/00/2014	4. Complicações decorrentes da HÁ	AVA	Leitura de textos Problematização <i>on-line</i> Vídeo	2 h
00/00/2014	5. Atenção farmacêutica ao hipertenso	AVA	Leitura de textos Problematização <i>on-line</i> Vídeo	2h
00/00/2014	6. Avaliação formativa final	AVA	Todos disponíveis acima	4 h

Fonte: Autora

**Quadro 5: Distribuição dos Módulos/Atividades do curso de Capacitação em HA para Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste, do Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

<p><b>MÓDULO I</b></p> <p><b>EXPLANAÇÃO GERAL SOBRE O CURSO DE FORMAÇÃO PERMANENTE</b> (Primeiro Encontro) – Orientações sobre o uso do AVA (presencial)</p> <p><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Explicação geral sobre o curso e a metodologia Orientação sobre o uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem Avaliação formativa (questionário) no AVA Fórum discussão</p>
<p><b>MÓDULO II</b></p> <p><b>RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA A PREVENÇÃO E O MANEJO DA HA NA ATENÇÃO BÁSICA (AVA)</b> (Segundo Encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema Texto para leitura complementar</p>

<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO III</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOAS COM HA: RECOMENDAÇÕES PARA O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA</b></p> <p>(Terceiro Encontro) -Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema          Texto para leitura complementar          Fórum discussão</p>
<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO IV</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CUIDADOS COM AS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL</b></p> <p>(Quarto encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema          Texto para leitura complementar          Material ilustrativo</p>
<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO V</b></p> <p style="text-align: center;"><b>TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HA NA ATENÇÃO BÁSICA</b></p> <p>(Quinto Encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema          Texto para leitura complementar          Fórum discussão</p>
<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO VI</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AVALIAÇÃO FORMATIVA FINAL</b></p> <p>(Último Encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Avaliação Formativa Final  <i>Feed-back</i> sobre o curso          Coleta de dados</p>

**Fonte:** Autora

Para garantir acesso à Internet no local de trabalho dos participantes do estudo foi realizado um acordo com o Setor de Informática da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, que autorizou a liberação da Internet para as Unidades Básicas abrangidas no estudo. Até o momento da pesquisa, o acesso era realizado apenas para no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do HIPERDIA (Sistemas de Informação Governamentais).

No Quadro 6, especificamos as atividades e materiais utilizados nesse primeiro módulo. O módulo I efetivou-se em um dos Laboratórios de Informática da Universidade de Ribeirão Preto, no formato presencial, realizando-se uma breve

explicação sobre o estudo realizado. Posteriormente, os ACS responderam a um instrumento de avaliação pré-capacitação (Apêndice III), com questões de múltipla escolha, previamente validadas, sobre o tema Hipertensão Arterial. Após esta fase eles foram iniciados no AVA, acompanhados de explicação, com o auxílio do tutorial de acesso, previamente entregue, de como acessar o Ambiente Virtual de Aprendizagem.

**Quadro 6 - Módulo I: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

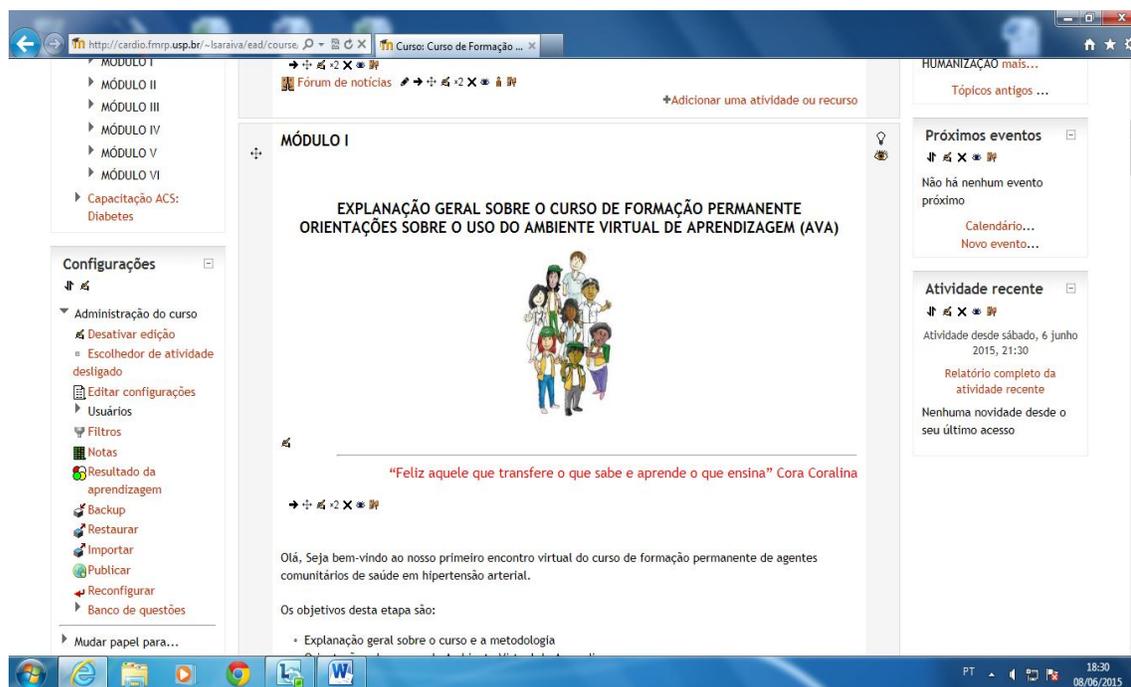
<p><b>MÓDULO I</b></p> <p><b>EXPLANAÇÃO GERAL SOBRE O CURSO DE FORMAÇÃO PERMANENTE</b> (Primeiro Encontro) – Orientações sobre o uso do AVA (presencial)</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Explicação geral sobre o curso e a metodologia Orientação sobre o uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem Avaliação formativa (questionário) no AVA Sala com computadores (Laboratório Informática – UNAERP)</p> <p style="text-align: center;"><b>MATERIAIS</b></p> <p>1. VÍDEO 1: AGENTES EM AÇÃO: QUE É O AGENTE? 2. Leitura complementar: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde 3. Visualização de um álbum de fotos do trabalho dos ACS 4. Fórum I: ACS, como você pode tornar seu trabalho mais humanizado? 5. Avaliação formativa (questionário) no AVA</p>
---

**Fonte:** Autora

Ao aprenderem como acessar o AVA, bem como testarem seus *login* e senhas, foi apresentada um vídeo intitulado: Agentes em Ação: Quem é o Agente? Vídeo este de domínio público na Internet, acessado pelo link: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/bibli>, em 27 de outubro de 2013.

Terminadas as exposições, passou-se à orientação para o acesso do material didático de apoio, conforme interface ilustrada na Figura 3, representado pelo texto de leitura complementar intitulada “O trabalho do ACS”, e visualização de um álbum de fotos de trabalhos realizados pelos ACS, em formato *Portable Document Format* (PDF), extraídos dos materiais do Ministério da Saúde.

**Figura 3 - Interface do Módulo I do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

O módulo II ocorreu, integralmente, no AVA, conforme o Quadro 7. Neste módulo, o ACS teve a possibilidade de acessar os vídeos sobre os temas: educação nutricional alimentando uma vida saudável, com ênfase nos perigos do sal em excesso. Esses vídeos foram disponibilizados e puderam ser acessados através dos *links*: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/bibli> e <http://www.youtube.com/einstein.br> no dia 27 de outubro de 2013.

**Quadro 7 - Módulo II: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

<p><b>MÓDULO II</b>  <b>RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA A PREVENÇÃO E O MANEJO DA HA NA ATENÇÃO BÁSICA (AVA)</b>          (Segundo Encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem  <b>ATIVIDADES</b>          Recomendações nutricionais para a prevenção e o manejo da HA na atenção básica          Orientação nutricional          Padrão alimentar saudável          Exibição de vídeo sobre o tema          Texto para leitura complementar</p>
--

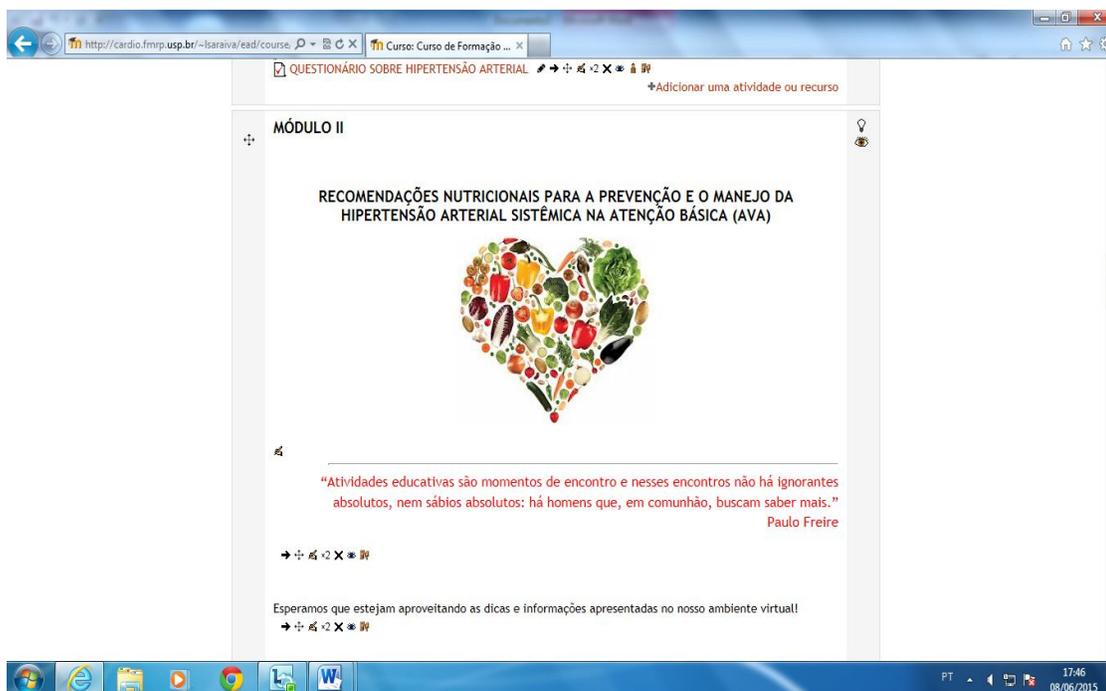
### MATERIAIS

1. Vídeo II: Educação Nutricional: alimentando uma vida saudável
2. Vídeo III: Alimentação saudável: os perigos do sal em excesso
3. Leitura complementar
4. Leitura complementar: Orientação nutricional e padrão alimentar saudável
5. Leitura complementar: Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com HÁ

Fonte: Autora

Posteriormente, um texto para leitura e complementação do tema foi sugerido, acessado pelo *link*: <http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.phpn>, em 27/10/13, e disponibilizado em *PDF* por meio do Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica, intitulado estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, especificamente o capítulo 4, que retrata as questões relativas à orientação nutricional. Na Figura 4 ilustramos a interface do módulo II, referente às orientações nutricionais aos ACS.

**Figura 4 - Interface do Módulo II do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

No terceiro módulo, foi abordado o tema Atividade Física para os hipertensos, conforme Quadro 8, por meio da apresentação de um vídeo retratando os benefícios da atividade física para o coração, vídeo este de domínio público na Internet, acessado pelo *link*: <https://www.youtube.com/channel/UCK0SYPK1n9055P-JjLkOZJw>.

**Quadro 8 - Módulo III: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

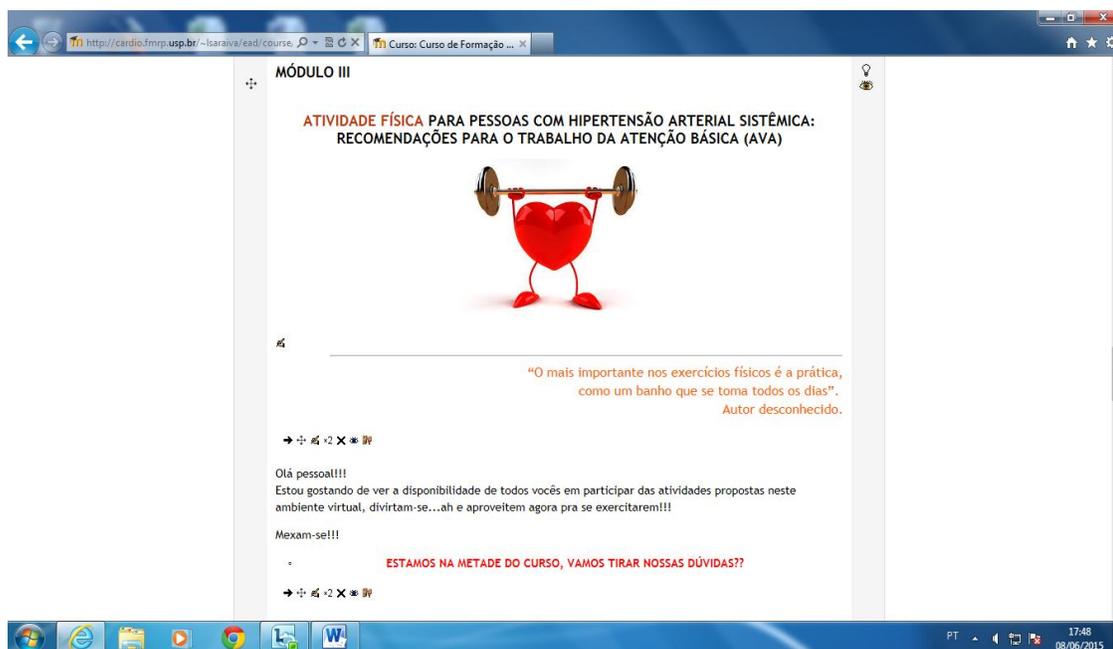
<p><b>MÓDULO III</b>  <b>ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOAS COM HA: RECOMENDAÇÕES PARA O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA</b></p> <p>(Terceiro Encontro) - Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema          Texto para leitura complementar          Fórum discussão</p> <p style="text-align: center;"><b>MATERIAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vídeo IV: Qual tipo de atividade física traz mais benefícios ao coração? Parte 1 e 2</li> <li>2. Leitura complementar: Atividade física para pessoas com HA</li> <li>3. Fórum: Importância da atividade física e os benefícios para os hipertensos</li> </ol>
---

**Fonte:** Autora

Também houve complementação através de leitura sobre as recomendações para a realização de atividade física para o hipertenso, focando as orientações que os ACS podem fornecer e um fórum de discussão sobre o tema para melhores esclarecimentos a respeito do assunto, possibilitando a troca de informações.

Na Figura 5 observamos a interface do módulo III, onde procuramos ilustrar o conteúdo a ser estudado, bem com pontuar que o curso já atingia 50% de sua realização, em busca de estimular os ACS para participação.

**Figura 5 - Interface do Módulo III do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

O quarto módulo serviu para o ACS se capacitar quanto aos cuidados com as complicações da hipertensão arterial, de acordo com o Quadro 9.

**Quadro 9 - Módulo IV: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

<p><b>MÓDULO IV</b>  <b>CUIDADOS COM AS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>          (Quarto encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema          Texto para leitura complementar          Material ilustrativo</p> <p style="text-align: center;"><b>MATERIAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leitura do Protocolo de HA e DM da SMSRP</li> <li>2. Vídeo: HA aprendendo e convivendo parte 1 e 2</li> <li>3. Aula ilustrativa sobre as complicações da HA</li> </ol>
---

Fonte: Autora

Inicialmente foi disponibilizado um vídeo sobre o aprender e conviver com a hipertensão, com conteúdos específicos para o ACS, no *link*:

[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/24\\_Hipertensao\\_e\\_diabetes\\_\\_convivendo\\_e\\_bem\\_vivendo/95](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/24_Hipertensao_e_diabetes__convivendo_e_bem_vivendo/95). Posteriormente, a leitura de material complementar referente ao protocolo de hipertensão e diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, disponível no *link*: <http://ribeiraopretosaude.pmrp.sp>.

Ademais, foram disponibilizadas algumas imagens ilustrativas com fotos sobre as complicações da hipertensão arterial.

No quinto módulo, o tema abordado foi tratamento medicamentoso e acompanhamento das pessoas com HA na atenção básica, conforme Quadro 10.

**Quadro 10 - Módulo V: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

<p><b>MÓDULO V</b>  <b>TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HA NA ATENÇÃO BÁSICA</b>          (Quinto Encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Fórum discussão          Exibição de vídeo sobre o tema</p> <p style="text-align: center;"><b>MATERIAIS</b></p> <p>1. Vídeo: Atenção farmacológica – caixa organizadora de medicamentos          2. Questão norteadora para o fórum: adesão farmacológica facilidade e dificuldades</p>
---

**Fonte:** Autora

Na Figura 6, ilustramos a interface do módulo V. Nesse momento oferecemos um fórum de discussão para os ACS sobre as facilidades e dificuldades da adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos hipertensos.

Após a atividade supracitada foi disponibilizado um vídeo através do link: <http://youtube.com/caixaorganizadorademedicamentos> que apresentava algumas alternativas de como organizar os medicamentos dos hipertensos no domicílio.

**Figura 6 – Interface do Módulo V do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

O sexto e último módulo ocorreu no formato presencial, atendendo à dinâmica descrita no Quadro 11.

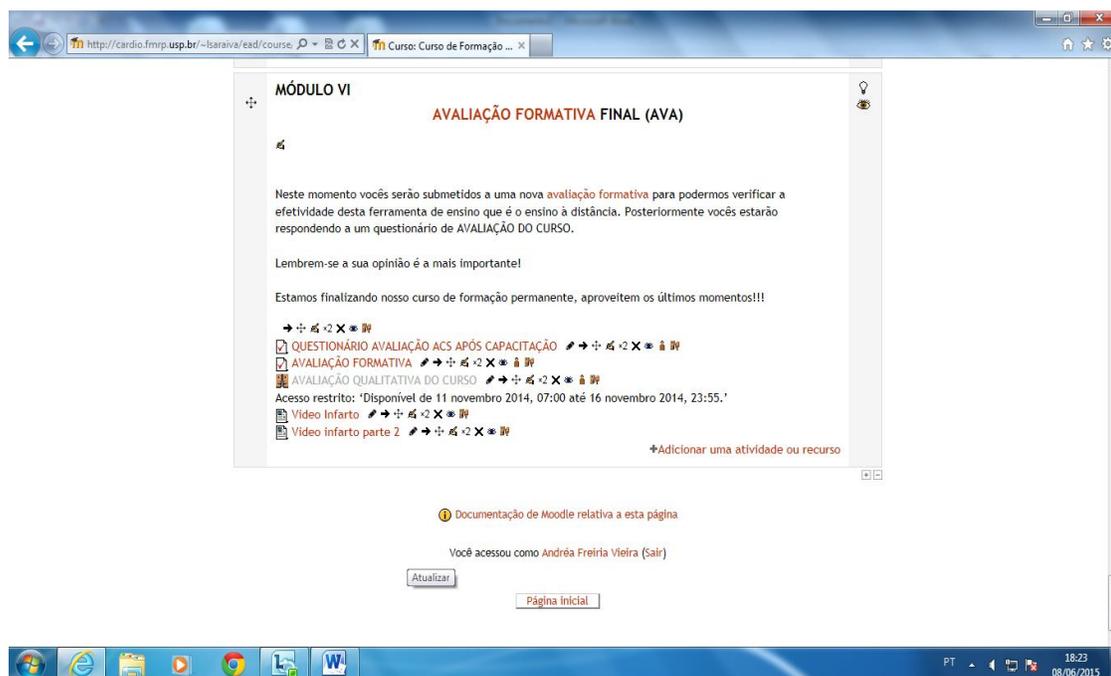
**Quadro 11 - Módulo VI: Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

<p><b>MÓDULO VI</b>  <b>AVALIAÇÃO FORMATIVA FINAL</b>          (Último Encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p>
<p><b>ATIVIDADES</b></p>
<p>Avaliação Formativa Final  <i>Feedback</i> sobre o curso          Coleta de dados</p>
<p><b>MATERIAIS</b></p>
<p>1. Avaliação formativa final          2. Avaliação qualitativa do curso          3. Vídeo: Infarto agudo do miocárdio parte 1 e 2</p>

Fonte: Autora

Realizou-se a avaliação final com a aplicação do mesmo instrumento do primeiro módulo, com questões de conhecimento específico, *um feedback* sobre o curso e a apresentação de um vídeo disponibilizado através do *link*: <http://www.youtube.com/watch?v=cbndiwW65r>. A Figura 7 retrata a interface deste módulo.

**Figura 7 – Interface do Módulo VI do AVA do curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

A avaliação do curso foi obtida integralmente, no AVA, onde os ACS responderam às questões. Para medir os atributos e os indicadores foi utilizada a escala de *Likert* de 5 pontos, com variações que se compõem de “péssimo” a “ótimo”, interrogando os participantes sobre o programa de capacitação utilizado como um recurso didático, sobre o uso de vídeo como material didático elucidativo e se fariam outro curso de capacitação, na modalidade em questão.

A análise qualitativa dessas respostas ocorreu extraindo-se os relatos dos participantes, disponíveis no AVA. As narrativas foram revisadas no sentido de garantir sua transcrição na íntegra (exatamente como foram registradas), e tiveram seus conteúdos retomados para leituras. Os comentários foram registrados de forma

objetiva pelos participantes, com as respostas referentes à questão: Você faria um novo curso de capacitação neste modelo? Por quê?

Para a análise dos trechos descritos na questão supracitada, consideramos a repetição de respostas semelhantes e realizamos a categorização, após terem sido extraídos do AVA. Os relatos foram relidos buscando identificar os temas geradores e selecionar palavras e frases emitidas para ordenar conteúdo dos discursos que pudessem ratificá-los (POLIT, 2011).

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi dividido em duas partes, sendo que na primeira, contemplou informações referentes à identificação do ACS, tais como o nome, data de nascimento, sexo, escolaridade e endereço. E a segunda, sobre o local de trabalho, há quanto tempo estava na função de ACS, renda mensal e questionou-se ainda se ele já havia participado de alguma capacitação virtual e/ou de algum curso de capacitação sobre HA (Apêndice II).

O instrumento foi composto de 10 (dez) testes de múltipla escolha (Apêndice III) e 04 (quatro) questões para avaliação do curso (Apêndice IV). Estas últimas foram questões que enfocaram o programa de capacitação por meio do AVA, os materiais utilizados, avaliando-os em ótimo, bom, regular, ruim e péssimo; baseado na escala de Likert.

Ao final apresentaram observações por escrito para análise no tópico resultados e discussão. No término da capacitação, para análise da assimilação do conteúdo ministrado aos ACS na capacitação, foi aplicada, novamente, a mesma avaliação formativa.

#### 3.5.1 Procedimento de Coleta de Dados

Precedendo o início da capacitação foi aplicado um questionário com dados que contemplaram: a) nome, b) data de nascimento; c) sexo; d) escolaridade; e) endereço; f) etnia e renda mensal; bem como foi realizada a avaliação formativa, nos moldes de uma prova, previamente validada, contendo questões relativas ao tema HAS, baseados nos Cadernos de Atenção Básica de Saúde, do Ministério da Saúde (2006, 2008, 2010).

O questionário de coleta de dados foi aplicado pelo pesquisador, bem como a avaliação formativa. As informações foram alimentadas diretamente em um banco de dados, elaborado a partir das questões propostas no instrumento de coleta de dados.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram analisadas separadamente e, posteriormente, submetidas à análise estatística dos dados coletados por meio do instrumento, baseando-se em dados descritivos da amostra, sendo as variáveis descritivas expressas por médias e desvio padrão, que resultaram nas tabelas dos resultados e discussão.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário eletrônico implementado no *software Microsoft Excel versão 2010* da empresa *Microsoft Corporation*. Sendo utilizado o mesmo software pra a análise dos dados, especificamente, a ferramenta Tabela Dinâmica.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Foi fornecido aos participantes o TCLE, que descreveu os objetivos da pesquisa. Não houve situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que eles somente responderam às questões do instrumento após terem concordado com os objetivos do estudo, e assinar o TCLE.

A pesquisa foi desenvolvida após solicitação (Apêndice V) e autorização do Secretário de Saúde do Município de Ribeirão Preto – SP (Anexo A), do responsável pelo Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes do Município de Ribeirão Preto – SP (Apêndice VI) e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto (Apêndice VII), sob n. 548.199 (Anexo B)

Houve benefícios diretos desta pesquisa para o participante, que pôde obter novos conhecimentos, e essas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca da capacitação dos ACS do Município de Ribeirão Preto, podendo este estudo, posteriormente, ser aplicado em escala municipal.

Ao participante foi garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo na

instituição onde trabalha, respaldando-se, inclusive, nos conteúdos preconizados na Resolução número 466/12, onde entre outros aspectos, está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Também não foram oferecidos riscos advindos da participação nessa investigação, pois cada sujeito respondeu apenas às questões previamente formuladas, bem como realizou o curso por meio do AVA no seu local de trabalho, visto que as UBS com PACS contam com sistema informatizado e acesso à Internet.

### 3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica. As situações pontuadas não ocorreram, permitindo a realização de todas as etapas propostas no estudo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico apresentamos os resultados das análises quantitativas e qualitativas deste estudo.

Na análise quantitativa avaliamos o perfil socioeconômico e demográfico dos agentes comunitários de saúde pertencentes ao Distrito Leste de saúde do município de Ribeirão Preto/SP, e os resultados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos prévia e, posteriormente, à capacitação permanente.

Na análise qualitativa avaliamos as opiniões dos participantes frente aos conteúdos disponibilizados no AVA, bem como os aspectos gerais oferecidos no curso.

As variáveis analisadas pela investigadora foram elencadas a partir de um formulário contendo dados referentes ao sexo, idade, escolaridade, unidade de trabalho, tempo de trabalho na unidade de saúde, tempo de atuação como ACS, renda mensal e participação em outros cursos de capacitação sobre HA, temática discutida na pesquisa.

### 4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

#### 4.1.1 Caracterização socioeconômica e demográfica dos ACS

Na análise descritiva dos dados quantitativos observamos na Tabela 1 a variável sexo. A amostra totalizou 29 ACS, que atenderam aos critérios de inclusão nesta pesquisa. Desses, 28 ACS são do sexo feminino (96,55%) e 01 participante correspondente ao sexo masculino (3,45%).

**Tabela 1 - Análise descritiva da variável sexo referente aos participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/ SP, 2014.**

SEXO	NÚMERO	%
FEMININO	28	96,55
MASCULINO	01	3,45
TOTAL	29	100

Fonte: Autora

Neste estudo, na amostra houve predomínio de sexo feminino, o que corrobora os resultados obtidos por Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013) e Brassarola (2014) que evidenciaram a questão da feminização da profissão de ACS.

Na amostra do estudo piloto de Brassarola (2014), realizado no Distrito Leste de saúde do município de Ribeirão Preto, que avaliou a eficácia da capacitação de ACS sobre DM, utilizando-se de um AVA constatou-se num total de 42 participantes, o predomínio de ACS do sexo feminino, sendo 41 (97,61%) e 01 do sexo masculino (2,38%), apresentando uma idade média de 45 anos. O autor considera que estes resultados ocorreram devido ao fato das mulheres apresentarem facilidade de relacionamento com as famílias e ter uma maior percepção dos problemas da comunidade facilitando, assim, o acesso às residências, pois na maioria dos domicílios, encontra-se mulheres.

Neste sentido, podemos supor que o trabalho de ACS, majoritariamente realizado por mulheres, está fortemente relacionado ao fato de que em nossa sociedade, a solidariedade pelo próximo é, em nossa cultura, uma qualidade moral associada ao feminino, ao sentimento materno, ao cuidado do outro (BARBOSA, 2009).

Um estudo realizado na região Norte do Estado de Minas Gerais buscou compreender a influência do ACS, e observou-se que o predomínio do sexo feminino, em consonância com outros estudos, pode se dever ao fato de as mulheres serem socialmente consideradas como “cuidadoras”, uma vez que dispõem de maior sensibilidade, entendem e lidam melhor com os problemas da comunidade (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

Em contrapartida, a questão da feminização e ou predomínio do sexo feminino na função de ACS, atribuída ao fato do cuidado, é apontada em alguns estudos como situações problemáticas em relação às questões psíquicas e emocionais envolvidas no trabalho desempenhado pelas ACS. Nos resultados de uma dissertação de mestrado apresentados à área da Psicologia, que avaliou o sofrimento psicológico das ACS mediante as condições de trabalho do PSF, as agentes entrevistadas revelam a dificuldade que é cuidar de pessoas doentes. Fica evidente o sentimento de fragilidade diante de determinadas situações as quais as ACS são expostas, e que ao longo do tempo de trabalho produzem baixa-estima, sofrimento mental, e em alguns casos, até depressão (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013).

Nas entrevistas, as ACS destacam que o predomínio do sexo feminino se deve ao fato de que a profissão de ACS exige paixão e vocação, com isso podemos sinalizar que o sentimento de solidariedade pelo próximo é um sentimento marcante do ACS, e está fortemente calcado num sentimento maternal de cuidado ao próximo. Outras profissões são densamente lideradas por mulheres considerando o cuidado ao outro sendo, por exemplo, os enfermeiros, assistentes sociais, e outras.

Observamos de um modo geral, que a profissão de ACS é exercida predominantemente por mulheres, o que nos leva a pensar que as questões de gênero também estão implicadas neste contexto. A partir deste pressuposto, constata-se que as próprias ACS reconhecem este trabalho como sendo do instinto feminino e da mulher por exigir dedicação, persistência, força de vontade, paciência e outras características que socialmente são atribuídas a ela.

Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013) discutem que o trabalho de ACS, como mulheres, as expõem a várias condições que podem influenciar na sua qualidade de vida, pois muitas têm dupla e até tripla jornada de trabalho, cuidam da casa, dos filhos e marido, o que pode contribuir para o acúmulo e sobrecarga de estresse e até conflitos, uma vez que o excesso de atividades, muitas vezes, limita o tempo de estar com a família, de desenvolver atividades que a realize pessoalmente, afetando, principalmente suas relações sociais.

O fato do ACS residir na comunidade favorece a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha do mesmo universo cultural, social e linguístico. O sentimento do ACS de pertencimento à comunidade também favorece a vinculação e a identidade com as famílias sob sua responsabilidade. Tal relação, imersa em atos de escuta e vivências, pode desencadear certo senso de responsabilidade pelo ato de “cuidar do outro” (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013, p. 1376).

Na análise descritiva dos dados quantitativos relacionado à variável idade evidenciamos o predomínio de uma idade média de 46 anos entre as mulheres participantes do estudo, com no máximo 66 anos e mínimo 22 anos, e desvio padrão de 12.

Na Tabela 2 apresentamos os dados correspondentes à variação da idade distribuídas conforme a faixa etária dos sujeitos envolvidos nesta pesquisa, sendo 02 ACS (6,9%) apresentaram-se na faixa etária entre 22 e 30 anos, 05 ACS (17,24%) entre 30 a 38 anos, 08 (27,6%) com 38 a 46 anos, 05 ACS (17,24%) entre 46 a 54

anos, 06 (20,7%) ACS entre 54 a 62 anos e 3 (10,34%) entre 62 a 70 anos. Portanto, houve predomínio da faixa etária entre 38 a 46 anos.

**Tabela 2 - Análise descritiva da variável idade referente aos participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/ SP, 2014.**

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO	%
22  --- 30	2	6,9
30  --- 38	5	17,24
38  --- 46	8	27,6
46  --- 54	5	17,22
54  --- 62	6	20,7
62  --- 70	3	10,34
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Fonte: Autora

Com relação a faixa etária, esses resultados foram similares aos alcançados por Mascarenhas, Prado e Fernandes (2013), que obtiveram uma maior parte da amostra na faixa etária entre 40 a 49 anos. Esse achado nessa pesquisa converge com os resultados de outros estudos realizados sobre a idade e tempo de atividade laboral, onde percebeu-se tratar de um grupo de trabalhadoras jovens, com relativa experiência profissional e tempo de convivência com a comunidade em que atuam.

Para Barbosa (2009), com relação a faixa etária, nos seus estudos com ACS realizado em Sete Lagoas/Minas Gerais, 63% de sua amostra era composta por adultos jovens entre 26 e 40 anos; fato também observado na pesquisa de Santana et al. (2009), onde 85% dos sujeitos estavam na faixa etária de 20 a 49 anos. Eles relacionam este achado com o fato de que as mudanças que ocorreram durante o processo de profissionalização e de ampliação da presença de ACS, em áreas urbanas, colaboraram para que o perfil etário passasse a incluir não apenas, mas principalmente, mulheres acima dos 30 anos, atraindo as mais jovens para o mercado de trabalho, aberto durante os processos seletivos.

Na Tabela 3 avaliamos a variável escolaridade, conforme determinação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) que regulamenta o sistema educacional brasileiro. No Brasil, a educação básica compreende a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio, e tem duração ideal de dezoito anos. A educação básica encontra-se dividida nas seguintes etapas e idades respectivamente: a

educação infantil compreende a creche (0 a 3 anos) e a pré- escola (4 a 5 anos); o ensino fundamental corresponde aos anos iniciais do primeiro ao quinto ano (6 a 10 anos) e aos anos finais que vão do sexto ao nono ano (11 a 14 anos); o ensino médio corresponde a primeira, segunda e terceira série (15, 16 e 17 anos) (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2011).

**Tabela 3 - Análise descritiva da variável escolaridade referente aos participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

ESCOLARIDADE	NÚMERO	%
ENSINO FUNDAMENTAL	02	6,9
ENSINO MÉDIO	18	62,1
ENSINO MÉDIO INC	03	10,3
SUPERIOR	02	6,9
SUPERIOR INC	04	13,8
TOTAL	29	100

Fonte: Autora

Portanto, a amostra constituiu-se de 02 ACS (6,9%) que possuem ensino fundamental, 18 delas (62,1%) ensino médio completo, 3 ACS (10,3%) têm ensino médio incompleto. Entretanto, na amostra, 2 ACS (6,9%) possuem ensino superior completo e 4 (13,8%) ensino superior incompleto.

O ensino superior, educação superior ou ensino terciário é o nível mais elevado dos sistemas educacionais, corresponde a graduação (bacharelado, licenciatura e tecnólogo), além da pós-graduação, composta pelos níveis de especialização (pós-graduação *lato sensu*), mestrado e doutorado (pós graduação *stricto sensu*). Todos estes cursos superiores são ministrados em instituições como as universidades, os centros universitários e as faculdades.

Segundo Brassarola (2014), em recente estudo sobre a avaliação da implantação da ESF em grandes centros urbanos verificou-se, mediante análise do perfil dos ACS pertencentes a essas equipes, que a maioria desses trabalhadores possuía escolaridade alta, em relação às exigências para o cargo, fixadas pelo Ministério da Saúde, à época, saber ler e escrever.

Ainda Brassarola (2014) relata que como resultados de seu estudo, 06 ACS (14,28%) possuem ensino superior completo e 01 ACS (2,38%) ensino superior incompleto, com tempo de formado variando de 01 ano a 28 anos, sendo que 06 (14,28%) ACS são do sexo feminino e 01 (2,385) ACS, do sexo masculino. Dentre as opções de curso de nível superior realizados, atualmente, pelos ACS foi apontado o Serviço Social, Biomedicina, Ciências da Informação, Direito e Pedagogia.

Para Mascarenhas, Prado e Fernandes (2011) é necessário que este profissional tenha um grau de escolaridade mais elevado para dar conta das demandas atuais da ESF, visto que houve uma ampliação do seu papel, pois saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade, exigindo assim, novas competências no campo político e social; fato que ocorre na amostra do presente estudo.

Dentre os cursos de nível superior, citados pelas ACS, temos Administração de Empresas, Pedagogia, Serviço Social e Direito. Algumas ACS relataram ter outra formação técnica, como auxiliar e técnico de enfermagem, outras ainda possuem atividades paralelas a de ACS como artesã, cuidadora de idosos, vendedora autônoma e decoradora de festa infantil.

Segundo Barros et al. (2007), a carência de conhecimento priva o agente de informações necessárias ao adequado enfrentamento das situações de estresse presentes em seu trabalho e, especialmente, daquelas situações que envolvem as relações sociais.

A busca pelo conhecimento torna-se imprescindível para que o ACS consiga traduzir o saber popular para o dialeto técnico e vice versa, uma vez que tem como função acompanhar a situação de saúde das famílias, transferindo à equipe as necessidades de sua comunidade, funcionando como um efetivo e permanente elo de ligação entre as famílias e a equipe de saúde. Quando os ACS buscam as origens, os significados dos problemas e as formas de enfrentá-los, consolida-se a ação em saúde como prática de cuidado (FRAGA, 2011, p.16.).

Assim, a partir de 2002, passou-se a exigir nos processos seletivos para ACS que os candidatos tivessem primeiro grau completo, conforme a Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002, que criou a profissão do ACS (BRASIL, 2002).

Esta exigência é justamente pela dificuldade que os enfermeiros/instrutores vinham encontrando de trabalhar com os agentes, principalmente com aqueles que tinham uma escolaridade muito baixa (primeira a quarta série).

O agente é aquela pessoa que trabalha com a comunidade, realiza o preenchimento de cadastros, formulários e precisa repassar informações importantes sobre saúde. Neste sentido, precisa estar sempre atualizado e saber expressar o que aprenderam, pois as maiores dificuldades dos ACS, também observadas no cotidiano do trabalho, são justamente assimilar as informações, além do preenchimento das fichas e dos formulários.

Quanto ao tempo de trabalho dos ACS na UBS de origem podemos constatar que 9 (31%) trabalham na sua respectiva unidade, num tempo variando de até 3 anos, são os trabalhadores recém-contratados do último concurso existente na rede municipal de saúde de Ribeirão Preto; 4 (13,8%) estão trabalhando na mesma unidade de saúde entre 9 a 12 anos e 16 (55,2%) atuam de 12 a 15 anos na mesma UBS. O tempo médio de trabalho foi de 9,7 anos e o desvio padrão de 5,4 anos. Considera-se que quanto maior o tempo trabalhado como ACS maior será sua contribuição para a Estratégia de Saúde da Família, devido ele conhecer melhor a comunidade e suas necessidades de saúde.

**Tabela 4 - Análise descritiva da variável tempo de trabalho dos ACS na UBS, participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/ SP, 2014.**

Tempo de trabalho	Anos	%
0  ---- 3	9	31
3  ---- 6	0	-
6  ---- 9	0	-
9  ---- 12	4	13,8
12  ---- 15	16	55,2
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Fonte: Autora

Em comparação ao estudo de Brassarola (2014) podemos notar que 03 ACS (7,14%) trabalham na sua respectiva Unidade há menos de um ano, 06 ACS (14,28%) entre 01 a 05 anos, 15 ACS (35,71%) entre 05 a 10 anos e, 18 ACS (42,85%) há mais de 10 anos. Isto demonstra que o tempo de permanência na

Unidade de trabalho é alto, apresentando baixa rotatividade e que somente 7,14% não haviam completado um ano de trabalho.

Quanto maior o tempo de trabalho na mesma unidade de saúde maior o vínculo existente entre o ACS e a população por ele atendida.

Estudo de Ferraz e Aerts (2005), também demonstraram baixa rotatividade destes trabalhadores e ponderaram que o tempo de permanência na Unidade de origem é importante para o entendimento do papel do agente, que é construído nas suas práticas cotidianas. Segundo Ferreira (2009), as relações e experiências vivenciadas no exercício profissional criam laços de solidariedade, responsabilidade, confiança e cumplicidade entre famílias e ACS.

Para Loures e Silva (2010), o fato do ACS residir na comunidade favorece a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha do mesmo universo cultural, social e linguístico. O sentimento do ACS de pertencimento à comunidade também favorece a vinculação e a identidade com as famílias sob sua responsabilidade. Tal relação, imersa em atos de escuta e vivências, pode desencadear certo senso de responsabilidade pelo ato de “cuidar do outro”.

De acordo Brasil (2012) está instituído na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), mais especificamente na Portaria n. 2488/2011, o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de ACS, sob supervisão de um enfermeiro. Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas.

Na Tabela 5 analisamos a variável renda mensal e verificamos que dos entrevistados, a maioria, 14 (48,3%) ganha entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.500,0.

**Tabela 5 - Análise descritiva da variável renda mensal dos ACS participantes do Curso de Formação Permanente em HA para ACS do Distrito Leste por meio do AVA no Município de Ribeirão Preto/ SP, 2014.**

Renda mensal	Número	%
1 até 1.000,00	9	31,03
de 1.000,00 a 1.500,00	14	48,3
acima de 1.500,00	6	20,67
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

Fonte: Autora

No estudo de Brassarola (2014), em relação ao salário mínimo dos entrevistados, 06 ACS (14,28%) ganhavam até R\$1000,00, 35 ACS (83,33%) entre R\$ 1000,00 a R\$ 1500,00 e apenas 01 ACS (2,38%) acima de R\$1500,00. Estes dados diferem dos encontrados nas amostras de Pereira, Torres e Medeiros (2006), pois ao analisarem a renda familiar dos agentes de Olinda, observaram que 76% têm como única renda um salário mínimo, sendo a única fonte de renda familiar. A média de salário da amostra foi de R\$ 1.170,73 (um mil, cento e setenta reais e três centavos).

Em pesquisa de Ferraz e Aerts (2005) identificou que a renda *per capita* dos ACS caracteriza-os como população de baixa renda, tendo uma inserção econômica muito semelhante à da população por eles assistida.

No presente estudo a maioria da amostra tem renda mensal entre um e meio, a dois salários mínimos.

#### 4.1.2 Avaliação do conhecimento prévio sobre HA de ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP

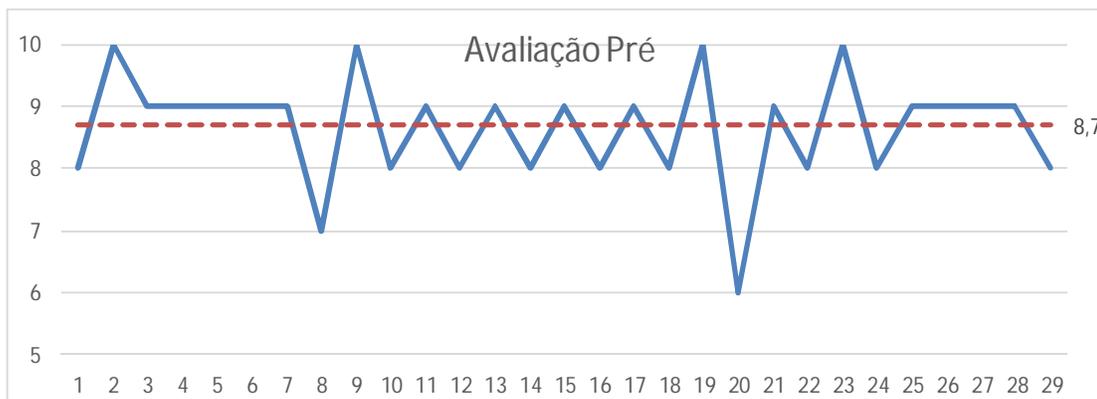
O curso de formação permanente oferecido neste estudo utilizou um instrumento para verificar o conhecimento dos participantes pré e após a realização dos encontros. Observou-se que os conteúdos abordados despertou interesse dos ACS, uma vez que houve várias tentativas de acesso aos materiais disponibilizados no AVA.

Para a análise do desempenho dos ACS, considerou-se o escore total das dez questões do questionário pré e pós-capacitação.

No Gráfico 1 podemos notar que a média de acertos dos ACS, relativo ao conteúdo sobre HA foi de 8,7 acertos, com máximo de 10 e mínimo de 6 acertos, apresentando, portanto, bom nível de conhecimento prévio sobre o tema.

A mediana foi de 9,0 (permite deslocamento de notas maiores) e o desvio padrão foi de 0,90 (se o DP diminuir no pós significa que a população ficou mais homogênea).

**Gráfico 1 – Avaliação do conhecimento prévio dos ACS sobre HA, participantes do Curso de Formação Permanente do Distrito Leste, no município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

O Ministério da Saúde considera que no processo de Educação Permanente em Saúde o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central.

No estudo de Brassarola (2014), quando avaliado o conhecimento prévio sobre o tema Diabetes *Mellitus*, consta que a média de acertos foi 7,71 com um máximo de 10 acertos e um mínimo de 04 acertos, nas respostas às questões, apresentando, também, um bom nível de conhecimento prévio sobre o tema.

A possibilidade do uso da bagagem de vida de cada participante do presente estudo para a construção de seus saberes tira-nos do lugar comum quando ministramos conteúdos, pela transmissão de conhecimentos, como no modelo tradicional de ensino, onde os educandos são apenas receptores passivos de conteúdos prontos. Há que se valorizar os conhecimentos prévios e os vínculos que podem advir das associações de conhecimentos já aprendidos com os novos conteúdos a serem construídos.

4.1.3 Avaliação do conhecimento pós-capacitação permanente sobre HA, aos ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP

No Gráfico 2 constatamos que após a realização da capacitação permanente a média de acertos subiu para 8,8 com máximo de 10 e mínimo de 7 acertos, o que demonstra que a capacitação foi colaborativa e que o curso agregou conhecimentos aos participantes, pois obtivemos um maior número de pessoas com notas acima da média, em torno de 16,7%, sendo 18 (62,06%) participantes acima da média na avaliação pré e 21 (72, 41%) de participantes acima da média na avaliação pós capacitação o desvio padrão foi de 0,83 (se o DP diminuir no pós significa que a população ficou mais homogênea).

**Gráfico 2 - Avaliação do conhecimento dos ACS sobre HA pós Curso de Formação Permanente à distância do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

Segundo Costa, Brito e Souza (2005), o processo de capacitação dos ACS é caracterizado pela busca de integração ensino-trabalho, possibilitando uma melhor apreensão dos temas, situações e problemas trabalhados de forma articulada às ações desenvolvidas nas unidades de saúde e na comunidade.

Na capacitação dos ACS, trabalhamos na perspectiva da problematização da prática, desenvolvida pelos profissionais de saúde, utilizando a pedagogia da problematização partindo do princípio que no mundo de mudanças rápidas e profundas, o mais importante é aumentar a capacidade do indivíduo para detectar os problemas reais e para buscar solução original e criativa. Atrelado a essa realidade, ainda foi utilizado o AVA que favorece a disponibilidade de diversas formas de apresentação de conteúdos.

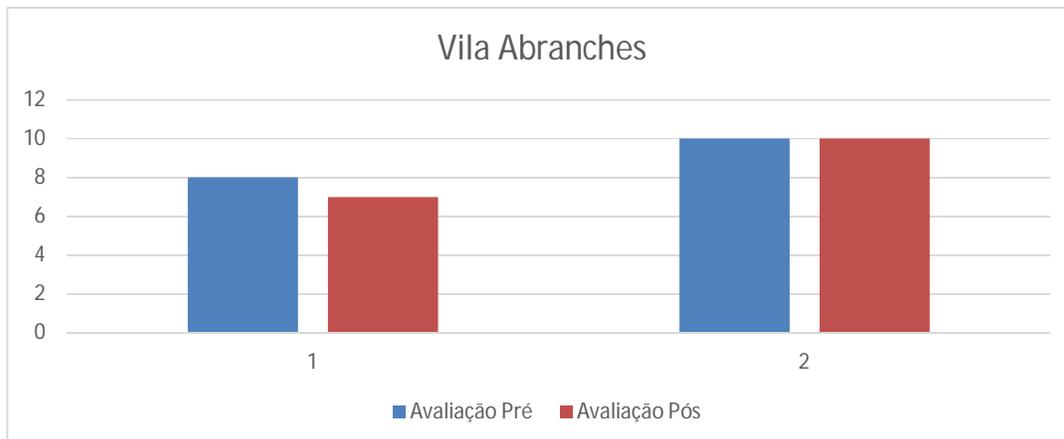
Paulo Freire (2005) sugere o exercício de práticas pedagógicas que valorizem e respeitem a cultura, a individualidade e os conhecimentos empíricos dos educandos. Seu principal foco era a educação popular. Para ele, é a partir do processo de reflexão da realidade que o homem se torna consciente e comprometido e pode atuar como agente de transformação de si e dessa realidade.

#### 4.1.4 Análise do conhecimento pré e pós-capacitação permanente sobre HA aos ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP

A capacitação permanente aos ACS ocorreu na modalidade semipresencial, de forma coletiva, com todos os ACS tendo acesso ao material, em um mesmo período, além dos encontros presenciais se darem no mesmo momento. Contudo, a realização das atividades, em face de estarem no AVA, pôde ser avaliada por unidade de saúde, vislumbrando, posteriormente, ações de capacitações mais direcionadas e específicas para cada local, no sentido de serem mais produtivas, incluindo as peculiaridades de cada área adscrita. Assim, passamos a apresentar o desempenho dos ACS, considerando suas respectivas Unidades de trabalho.

Quando analisamos o Gráfico 3, podemos observar que na unidade de saúde do Bairro Vila Abranches, apenas 2 participantes concluíram o curso, sendo que no escore final das notas, 1 ACS (50%) apresentou decréscimo de 1 ponto na avaliação pós capacitação, enquanto, em relação a pré, o mesmo apresentou acréscimo de 1 ponto e 1 ACS (50%), obteve notas máximas na pré e na pós avaliação.

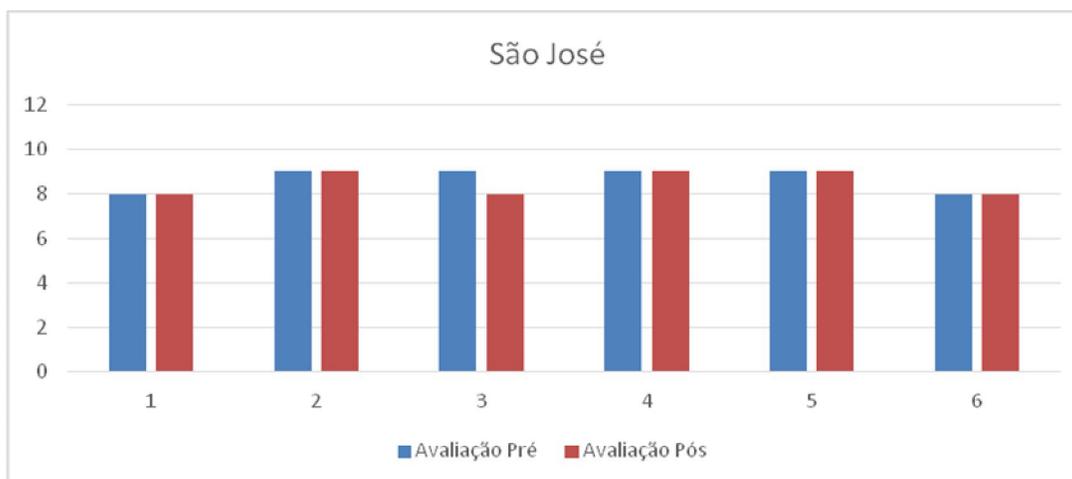
**Gráfico 3 - Análise do conhecimento dos ACS sobre HA pré e pós Curso de Formação Permanente à distância da UBS Vila Abranches, do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

Na UBS do bairro São José, 5 ACS (83,33%) mantiveram suas notas nas avaliações pré e pós, enquanto que 1 ACS (6,66%) obteve decréscimo de um ponto na avaliação pós (Gráfico 4).

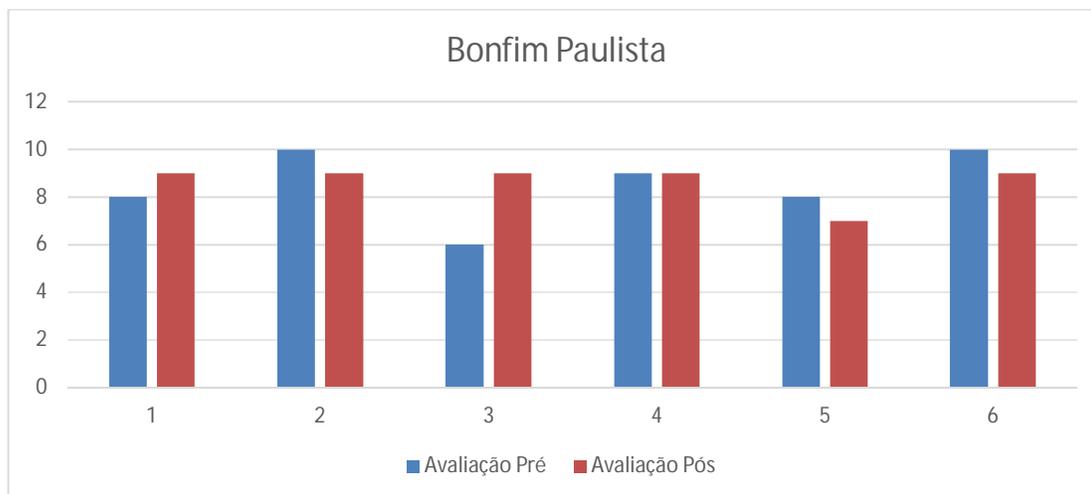
**Gráfico 4 - Análise do conhecimento dos ACS sobre HA pré e pós Curso de Formação Permanente à distância da UBS São José, do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

Na UBS de Bonfim Paulista, 2 ACS (33,33%) obtiveram acréscimos nas suas notas, de 1 e 3 pontos respectivamente, 3 ACS (50%), apresentaram decréscimos em suas notas e 1 ACS (16,66%) manteve sua nota, semelhantes nas duas avaliações (Gráfico 5).

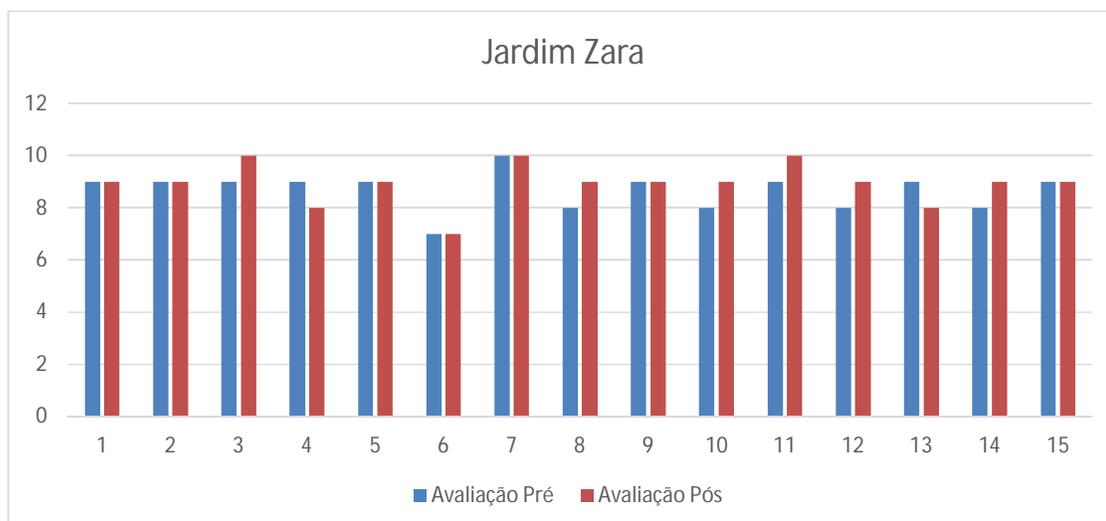
**Gráfico 5 - Análise do conhecimento dos ACS sobre HA pré e pós Curso de Formação Permanente à distância da UBS Bonfim Paulista, do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Fonte: Autora

Quando analisamos as participações de ACS da UBS do Jardim Zara observamos que 7 ACS (46,7%) mantiveram suas notas nas avaliações pré e pós, 6 ACS (40%) apresentaram acréscimos em suas notas de pelo menos um ponto, além de 2 ACS (13,3%) apresentar decréscimos em suas notas e quanto ao aproveitamento geral do curso (Gráfico 6).

**Gráfico 6 - Análise do conhecimento dos ACS sobre HA pré e pós Curso de Formação Permanente à distância da UBS Jardim Zara, do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.**



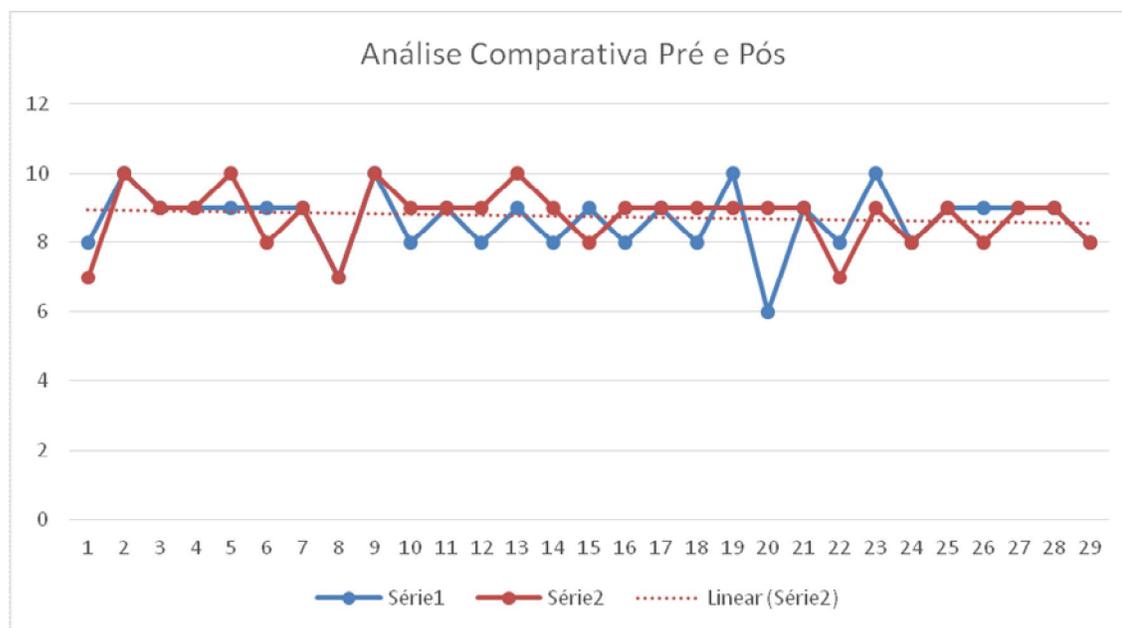
Fonte: Autora

Destacamos que nas UBS dos bairros Vila Abranches e Jardim Zara, respectivamente, duas ACS merecem destaque em relação ao rendimento nas avaliações, pois obtiveram notas máximas. Esse dado demonstra o empenho que tiveram em realizar as avaliações, uma vez que as questões eram de cunho extremamente prático, com assuntos inerentes ao seu dia a dia, como ACS em relação a H. A.

As questões que mais se destacaram foram aquelas referentes aos assuntos: atribuições do ACS, educação em saúde, fatores de risco para a hipertensão. Nesses temas as ACS obtiveram nota máxima, estando, pois aptas e pautadas no conhecimento adquirido com a leitura dos materiais e a vivência de cada uma delas.

Buscando a síntese da avaliação pré e pós-capacitação associando os resultados de desempenho dos ACS, em todas as Unidades de Saúde, no Gráfico 7 analisamos todas as unidades de saúde e observamos que houve uma linha de tendência ascendente, em relação ao ganho do escore final das notas, pautando-nos na análise quantitativa.

**Gráfico 7 - Análise comparativa relativa ao conhecimento adquirido nas avaliações pré e pós Curso de Formação Permanente sobre HA, aos ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Ribeirão Preto/SP, 2014.**



Ver legenda série 1.....pré e pós ( não sei o que é pra fazer aqui????)

## 4.2 AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Além da abordagem quantitativa estimulamos, a partir de questões norteadoras, o registro de conteúdos dentro de alguns módulos (I, III e V), pelos participantes do curso, bem como da avaliação do curso (módulo VI) procurando explorar qual a compreensão dos sujeitos acerca dos materiais disponibilizados, a dinâmica e modalidade do curso. Para Silva (2007),

este resgate de conceitos, utilizando a análise qualitativa, possibilita ao informante explicitar suas reflexões, sobre seus problemas de vida e saúde, além de propiciar ao pesquisador o aprendizado e o compartilhar de novas visões de mundo, a partir de um entendimento dinâmico das relações sociais (p. 251).

A partir das respostas às questões pontuadas nos módulos I, III e V, além do registro da avaliação formativa do curso foi possível captar de forma direta e subliminar, quais os conceitos e formas de interação que os ACS possuem, explicitados nos relatos escritos nessa etapa do curso.

A análise qualitativa das respostas ocorreu extraíndo-se os relatos dos participantes, disponíveis no AVA. As narrativas foram revisadas no sentido de garantir sua transcrição, integralmente, e tiveram seus conteúdos retomados para leituras. Os comentários geraram um documento de oito páginas, respondendo as 03 questões, descritas a seguir: ACS, como você pode tornar seu trabalho mais humanizado? De acordo com as leituras e os vídeos assistidos, reflita sobre a importância da atividade física e os benefícios para os hipertensos, de acordo com a sua experiência, o que você considera importante para o seguimento do tratamento da hipertensão arterial na atenção básica. E sobre a opinião do ACS a respeito do AVA, levando em consideração a troca de experiência e aprendizado adquirido.

Os temas geradores identificados no Módulo I, referente à resposta da questão norteadora - ACS, como você pode tornar seu trabalho mais humanizado? foram: respeito, educação e empatia com o usuário e equipe de saúde; vínculo e escuta qualificada; capacitação e gostar do que faz.

Considerando o módulo III, as respostas possibilitaram pontuarmos que houve apreensão de conhecimentos relativos à importância da atividade física e os benefícios para os hipertensos, especialmente pelos temas geradores encontrados:

atividade física e aumento da qualidade de vida do hipertenso; atividade física e associação de fatores de promoção de saúde e prevenção de agravos; avaliação médica e acompanhamento da equipe de saúde.

No módulo V, as respostas permitiram identificarmos que houve apreensão de conhecimentos relativos ao tratamento farmacológico, levando em consideração a adesão ao tratamento, facilidades e dificuldades e o uso de terapias complementares na hipertensão.

Quanto à avaliação formativa do AVA, os participantes foram unânimes quanto à importância e qualidade do conteúdo ofertado para sua capacitação frente à hipertensão, mesmo com as dificuldades de acesso e lentidão dos processos do sistema para realizar as tarefas, ocorridas nos momentos presenciais. Relataram e ressaltamos a troca de experiências e aprendizado, capacitação para o trabalho e para a vida, e aprendizado *versus* dificuldade com o manuseio do AVA.

Inicialmente, no Módulo I, comentaremos os temas geradores (já citados) que são resultantes das respostas referentes à questão: ACS, como você pode tornar seu trabalho mais humanizado?

#### 4.2.1 Respeito, educação e empatia com o usuário e equipe de saúde

Ao serem convidados a falar sobre a experiência de realizarem um curso na modalidade semipresencial, os pesquisadores tiveram a oportunidade de levantar as opiniões dos participantes acerca da experiência vivenciada, bem como captar, ainda que de forma subliminar, como se sentiram – sua interação - durante o curso.

Em alguns relatos ficou evidente a importância do cuidado humanizado prestado pelos ACS na ESF, tratando as pessoas com carinho e respeito, como apontado nas falas: “Podemos tornar nosso trabalho mais humanizado tratando as pessoas com respeito e educação” (sujeito 1); “Além é claro de adquirir sempre mais conhecimento descobri que a melhor forma de tornar o meu trabalho de ACS mais humanizado, é me colocando no lugar do outro” (sujeito 4); “Dedicando atenção ao usuário fornecendo condições dele poder sentir-se confiante e acolhido, colocar-me no seu lugar e passar todas as informações necessárias para que ele possa fazer bom uso da unidade, fazendo com que todo serviço oferecido pela rede fique transparente e seus direitos respeitados. Com carinho e respeito pelo semelhante, nosso trabalho consegui atingir seu objetivo (sujeito 21)”.

Segundo Takani e Santana (2004), a palavra empatia tem a sua origem na linguagem grega – *empathéia*, que significa tendência para sentir o que se sentiria caso se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas, vivenciadas por outra pessoa. A empatia é uma habilidade que pode ser realizada junto ao usuário do serviço de saúde de forma verbal e não verbal. Para que ocorra a empatia como processo terapêutico, é fundamental que se desenvolva um relacionamento de respeito mútuo e que o ACS preste cuidado individualizado, respeitando a cultura, crenças e valores da pessoa.

Nessa direção, compartilhamos com os autores que a empatia é tida como condição essencial para o desenvolvimento, crescimento, melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar os problemas do cotidiano, tornando o cliente cada vez mais independente para o autocuidado. Esses conceitos ratificam as declarações do ACS para que seu trabalho se torne humanizado.

De acordo com Zoboli (2004), o cuidar humanizado implica ir ao encontro do outro, acolhê-lo em suas angústias e inquietações, priorizar suas necessidades materiais e subjetivas e agir com uma conduta ética. Com base nesse entendimento, a humanização do cuidar requer do profissional de saúde um agir ético e atencioso para com o ser humano que está necessitando de cuidados, em relação à promoção e à recuperação da saúde e à prevenção da doença.

As ações da ESF priorizam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. Desse modo, os profissionais que atuam na referida estratégia, em particular o ACS, têm a oportunidade de realizar uma aproximação mais intensa com o indivíduo, com a família e com a comunidade e, conseqüentemente, de proporcionar aos usuários assistidos na ESF um cuidar humanizado, valorizando-os em seu contexto, procurando ajudá-los em suas reais necessidades (SOUSA et al., 2010).

Para Levy, Matos e Tomita (2004), o contato permanente do ACS com famílias facilita a aproximação do saber científico ao saber popular. Nesse contexto, como o ACS é um morador da comunidade, que vivencia a mesma cultura e utiliza a mesma linguagem da população local, podem-se remover os obstáculos que dificultam a interação profissional-usuário.

Os resultados de uma pesquisa realizada com ACS, pertencentes a ESF do município de João Pessoa, na Paraíba por Teixeira (2005), abrangeu 30 entrevistados e evidenciou a humanização do cuidado através da questão

norteadora: Quais as estratégias que você adota para humanizar o cuidar ao usuário da ESF? Após análise das falas dos sujeitos foram extraídas ideias centrais expressas no discurso coletivo dos ACS.

Quanto à ideia central 01, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dos ACS envolvidos no estudo supracitado ressaltou, como estratégia para a humanização do cuidar ao usuário da ESF, uma assistência pautada no respeito à singularidade do ser cuidado e na valorização da relação empática, priorizando a dimensão biopsicossocial e cultural do ser humano. Assim, o cuidar humanizado transcende a assistência simplesmente biológica e vislumbra um cuidar que valoriza a subjetividade do ser humano.

O DSC dos participantes inseridos na pesquisa resalta também que o cuidar humanizado deve avançar no campo da subjetividade do ser humano, pautando-se em uma relação empática, cuja principal ferramenta é a comunicação.

Segundo Teixeira (2005), os momentos de encontro entre o ser cuidado e o profissional permitem a realização de um acolhimento dialogado, em que ocorre a identificação das necessidades do usuário e o levantamento dos meios pelos quais essas necessidades possam ser satisfeitas, em que o profissional se coloca no lugar do Ser cuidado. Ao proporcionar um cuidar humanizado, o ACS destaca a empatia como inerente ao seu modo de cuidar do usuário assistido na ESF.

Em relação à ideia central 03, do referido estudo, o DSC enfatizou o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e a equipe e o planejamento de ações pertinentes às necessidades encontradas por todos os profissionais da unidade de saúde. Nesse contexto, o cuidar humanizado envolve a participação de toda a equipe multidisciplinar, através de reuniões entre os profissionais, em que se discutem os problemas encontrados na comunidade, nas famílias e estratégias que viabilizem a resolução dessas problemáticas.

O DSC destaca também que o ACS tem um papel fundamental como mediador entre a equipe e a família, facilitando o trabalho dos demais profissionais da ESF.

Para o profissional atuar na ESF, ele tem que possuir algumas qualidades, como a capacidade técnica, a visão holística, a sensibilidade social, o compromisso social e epidemiológico e o espírito de equipe. Logo, para Benito (2003), o trabalho em equipe potencializa a qualidade da assistência, uma vez que cada profissional participa, juntamente com o usuário, do processo do cuidar humanizado.

#### 4.2.2 Vínculo e escuta qualificada

Na Política Nacional de Humanização (PNH) (2004), o diálogo entre profissionais e usuários, na unidade ou no domicílio, supõe a troca de saberes. Esta afirmação evidencia-se na expressão verbal do sujeito 12 “O trabalho do ACS faz com que ele tenha um vínculo maior com a população, é ele que interliga a unidade de saúde com a população. Com esse vínculo passamos a conhecer mais as pessoas, gerando mais confiança. E, por fim, acabamos nos sensibilizando e tentando entender a dor do próximo, por natureza da própria função, executamos o nosso trabalho mais humanizado, tentando resolver os problemas da melhor forma. Acredito que sempre temos a melhorar. A partir do momento que levamos a sério o trabalho, ele flui naturalmente. Para que consigamos alcançar bons resultados, toda a equipe tem que estar unida. Desta forma, podemos proporcionar as pessoas uma qualidade de vida mais saudável”.

Teixeira (2003) é um dos autores que trabalha com a abordagem do acolhimento enquanto um modo de se relacionar com os usuários e o define como uma "rede de conversações". O autor propõe a adoção do termo acolhimento-diálogo para definir um tipo especial de conversa que se dá (ou deveria se dar) no interior dos serviços de saúde e que ele considera como “um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde”.

Merhy (2002) ressaltam que o acolhimento é, em primeiro lugar, uma possibilidade de tornar universal o acesso, abrir as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem, sendo ainda uma escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros, quando necessários. O vínculo estabelece a referência dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização deste para com eles, no que diz respeito à produção do cuidado.

Os aspectos considerados pelos autores supracitados contemplam as citações dos ACS, participantes do presente estudo, ao relatarem sobre a questão do vínculo-escuta qualificada “O ACS para tornar seu trabalho mais humanizado precisa se identificar com o trabalho, realizar um escuta qualificada durante as visitas domiciliares, estar atento aos relatos dos membros das famílias, pois cada

relato é de vital importância para que a equipe de saúde possa intervir se necessário. O paciente precisa sentir-se acolhido, pois somente assim, ao confiar no profissional, passara a compartilhar informações importantes, tornando possível a análise de sua situação e assim ter suas necessidades sanadas, sejam de saúde ou de outra natureza. O profissional precisa ser ético em relação as informações compartilhadas para que o vínculo criado seja mantido e fortalecido. É imprescindível que o ACS se mantinha atualizado; buscando, sempre que possível, participar de capacitações a fim de obter conhecimento em muitas áreas, sobretudo nas áreas de saúde básica, além de outros serviços que mediante a necessidade precisem ser acionados. Agindo dessa maneira, o trabalho do ACS assim como o de toda a equipe obterá o sucesso pretendido. Auxiliar as famílias e assim cumprir com o objetivo da Estratégia de Saúde da Família (sujeito 15)".

Ainda ressaltam que "entendo que o "olhar", o "ouvir", o "falar" com respeito e conhecimento" e o "toque! Como, por exemplo, mão nos ombros, mãos com mãos, afagos (as vezes um simples acariciar a cabeça por exemplo) e principalmente o sorriso espontâneo contribuem muito para que o outro sintam-se tão humano quanto aqueles com quem busca relacionar-se, especialmente na área da saúde (sujeito 16). Ainda "Para tornar meu trabalho mais humanizado, preciso gostar do que faço e adquirir os conhecimentos para poder repassar as pessoas da micro área onde atuo (sujeito 22).

Mesmo exercendo a escuta ativa, o acolhimento ainda está fragmentado, considerando-se que sua definição vai além de ouvir atentamente algo ou alguém, pois acolher integralmente é buscar respostas positivas e auxiliar a família em suas necessidades (TAKEMOTO, 2007).

O vínculo não se trata, portanto, de uma preocupação somente para humanização, mas também de estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde, que este indica algo que liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso de profissionais com os pacientes e vice-versa (CAMPOS, 2003).

Segundo Guedes (2013), a visita é um espaço de atuação prática do ACS e os desafia a buscar elementos que favoreçam sua inserção na família.

Para Lopes, Saube e Massaroli (2008), durante a visita domiciliar, atividade mais corriqueira do ACS, é que o acolhimento e o vínculo são possíveis de serem estabelecidos e até mesmo fortalecidos, pois é uma das oportunidades que o

profissional tem de construção do diálogo, conhecendo as necessidades da família e auxiliando na resolutividade dos problemas evidenciados.

Diante do exposto, a visita domiciliar constitui-se em um momento ímpar, em que é possível estabelecer movimentos de relação, além de incentivar a independência da comunidade e das famílias quanto à sua própria produção da saúde. Além disso, a visita se estabelece *in locu*, ou seja, no local que representa o cotidiano das famílias e da comunidade, visando atender as diferentes necessidades de saúde. Sendo assim, o processo de saber ouvir atentamente as queixas dos usuários permite que eles se sintam importantes e favorece a confiança entre usuário/profissional, além de facilitar a formação do vínculo (TORRES; ROQUE; NUNES, 2011).

#### 4.2.3 Capacitação e gostar do que faz

A gestão dos recursos humanos é uma das dificuldades para implantação do SUS desde a sua criação. A falta de profissionais com perfil adequado é considerada um dos principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção, sendo necessária a formulação de novas estratégias voltadas para a transformação desses trabalhadores, capacitando-os aos princípios de uma gestão humanizada e qualificada que compõem a nova ordem do SUS (BRASIL, 2000).

A necessidade de adequação profissional exige modificações nas capacitações, pois muitas vezes os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores.

Brassarola (2014) afirma que no mundo contemporâneo existe uma busca constante pelas capacitações, por parte dos profissionais, pois os estudos têm ocorrido de forma acelerada e a atualização de saberes requer constante contato com o que ocorre hoje, inclusive, para avaliação dessas inovações na prática de vida e profissional. Essa preocupação de estarmos em contato com o atual também é relatada pelos ACS, participantes do presente estudo, quando registram que “Procurar estar bem informado para realizar nosso trabalho com sucesso e conhecimento (sujeito 6)”.

Convergindo na direção do exposto pelo participante, pesquisadores como Ceccim e Feerwerker (2004) relatam que a integralidade deve ser o eixo norteador

das capacitações em saúde, pois consideram a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde - que respeita a subjetividade do usuário, mediante o acolhimento e a responsabilização.

Para os participantes 7 e 13 “ser ouvinte, atencioso, levar as informações de um jeito que a pessoa entenda, seja ela jovem, adulta ou idosa, enfim ter carinho para com o próximo”; “a ACS realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. É o elo entre a comunidade e a UBS, pois estamos em contato permanente com as famílias. Desta forma, nosso trabalho torna-se rico com tanta troca de conhecimentos saberes, informações, qualidade de vida e aprendizado”.

Para atender a esta perspectiva, é fundamental estabelecer um modelo de capacitação que promova a atenção integral à saúde, alicerçado na aprendizagem significativa. Para tanto, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, definiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação permanente em saúde (EPS) propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica, em espaços coletivos. Em “rodas” de discussão, a partir da problematização da realidade do trabalho, assim, são identificadas as necessidades de capacitação. Os espaços coletivos de EPS propiciam a interação de usuários, trabalhadores gestores e representantes de formadores para a reflexão sobre a realidade dos serviços de saúde no qual estão inseridos, possibilitando o desenvolvimento de estratégias que possam conduzir a mudanças.

Um dos participantes registra que “para tornar meu trabalho mais humanizado, preciso gostar do que faço e adquirir os conhecimentos para poder repassar as pessoas da microárea onde atuo (sujeito 22)”.

Um estudo realizado com trabalhadores da Atenção Básica de Saúde do município de São Carlos/São Paulo evidenciou o impacto da capacitação, formação e educação permanente, a fim de oferecer um melhor aprimoramento profissional e a valorização ao trabalhador (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

As capacitações na área da saúde são desenvolvidas com o objetivo de gerar mudanças que representem progressos na atuação profissional e devem ser consideradas estratégicas para a consolidação do SUS, podendo constituir-se num

espaço concreto de construção de competência técnica, política, e ética para o fortalecimento dos recursos (MELO; NASCIMENTO, 2003).

Melo e Nascimento (2003) evidenciaram que há uma inadequação das metodologias empregadas nos cursos de capacitação em saúde. Os profissionais que participaram do estudo realizado em São Carlos/SP ressaltam que há predominância do uso de aulas expositivas e pontuais, pautadas no modelo da educação continuada de transmissão de conhecimentos.

Os trabalhadores identificam a necessidade de desenvolver capacitações utilizando metodologias participativas para maior eficácia das capacitações em saúde, considerando as necessidades dos serviços de saúde segundo o contexto no qual estão inseridos (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

Nesse sentido, os autores apontam que o desenvolvimento atual dos processos de capacitação é insatisfatório. Esse desconforto com a realidade atual consiste em condição indispensável para mudar ou incorporar novos elementos à sua prática. A vivência e/ou reflexão sobre as práticas vividas é que podem gerar a disposição na produção de alternativas para enfrentar o desafio da transformação.

Defende-se, para que haja um maior impacto das capacitações nos profissionais da saúde, que se faz necessário o uso de metodologias mais ativas e participativas, ou seja, que estas sejam mais dinâmicas, envolvendo a interação, reflexão e construção de conhecimento (BRASIL, 2003).

Conforme afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004) é necessário que haja uma política de valorização do profissional de saúde, em que a aprendizagem se dê por meio de uma ação motivada, da codificação de uma situação problema, da qual se distancia para analisá-la criticamente.

Silva, Ogata e Machado (2007) concluem que as necessidades apontadas pelos participantes estão contextualizadas numa Política de Educação Permanente, pois esta contribui para que trabalhadores de saúde compreendam e atuem na complexidade do cuidar, com competência e cidadania avançando em direção a integralidade e humanização nos serviços.

No módulo III, considerando a análise de convergências dos relatos, foram extraídos os seguintes temas geradores que são resultantes das respostas referentes à questão: De acordo com sua experiência como ACS, o que você considera importante para o seguimento do tratamento da hipertensão arterial na atenção básica? As respostas possibilitaram identificarmos que houve apreensão de

conhecimentos relativos à importância da atividade física e os benefícios para os hipertensos, especialmente pelos temas geradores encontrados: atividade física e aumento da qualidade de vida do hipertenso; atividade física e associação de fatores de promoção de saúde e prevenção de agravos; avaliação médica e acompanhamento da equipe de saúde; tratamento farmacológico e terapias complementares na hipertensão; tratamento do hipertenso e responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde; atenção básica e educação para a cidadania.

#### 4.2.4 Atividade física e aumento da qualidade de vida do hipertenso; Atividade física e associação de fatores de promoção de saúde e prevenção de agravos

A relação entre saúde e atividade física é fundamental para a melhoria da qualidade de vida. Sabe-se que a prática regular de exercícios é indicada por diversos profissionais da área de saúde, pois um estilo de vida ativo pode evitar o surgimento de diversas doenças, tanto de ordem física quanto psicológica, além de manter o controle de algumas dessas, como é o caso da HA (SILVA et al., 2011).

Para Jóia, Ruiz e Donalísio (2007), diversos estudos demonstram o papel da atividade física na redução da PA e da morbidade cardiovascular. A atividade física deve ser avaliada e prescrita em termos de intensidade, frequência, duração, modo e progressão. A escolha do tipo de atividade física deverá ser orientada com as preferências individuais, respeitando as limitações impostas pela idade.

Os aspectos considerados pelos autores anteriormente contemplam as citações dos ACS, participantes do nosso estudo, ao relatarem sobre a importância da atividade física e o aumento da qualidade de vida do hipertenso: “Não só para os hipertensos como para todos os indivíduos acho de vital importância que todos procurem fazer algum tipo de atividade física para que possam ter mais qualidade de vida, saúde, auto estima, disposição e etc (sujeito 23), “O hipertenso necessita praticar atividades físicas com mais frequência, lembrando sempre com autorização do médico que o acompanha, pois existe casos em que o paciente precisa de exercícios mais modernos como por exemplo alongamento, lembrando também que a obesidade desencadeia outras doenças (sujeito 6)”.

Um estudo comparativo revelou que a atividade física supervisionada e realizada pelo menos, três vezes na semana, foi mais eficiente em manter o controle da PA em hipertensos no estágio I quando comparados aos hipertensos que

praticavam atividade física esporadicamente. De acordo com os autores, 75% dos pacientes hipertensos, que realizam exercício físico regular, diminuem os níveis de PA, o que faz com que essa conduta seja considerada importante ferramenta no tratamento da hipertensão (MONTEIRO; SOBRAL, 2013).

Os ACS deste estudo também expressaram esta mesma preocupação relatando que “primeiramente, o hipertenso deve fazer uma avaliação clínica antes de começar a realizar o exercício físico. Os benefícios incluem a diminuição da gordura corporal, efeito diurético, aumento da massa muscular, diminuição do stress, aumento da força muscular, diminuição da ansiedade. O exercício físico melhora em todos os sentidos a condição física do indivíduo, principalmente a qualidade de vida deste (sujeito 13)”, “o médico deve ser procurado para fazer uma avaliação para ver se pode praticar as atividades e depois saber se pode ou não praticar a atividade que preferir (sujeito 21)”.

Gonçalves e Moreira (2007) defendem que o exercício físico pode controlar a hipertensão até mesmo dispensando o uso de medicamentos, ou seja, a implementação do tratamento não-farmacológico da HAS, contribuindo na redução da dose ou a quantidade de medicamentos anti-hipertensivos, aumentando a capacidade funcional e melhorando a qualidade de vida e o prognóstico de doenças.

Em relação ao tratamento não farmacológico da HAS destacamos as seguintes opiniões dos ACS: “Penso que para as pessoas com limitações físicas que por algum motivo de saúde ou outro qualquer não consigam ou não queiram sair de casa para exercitarem-se o que podemos recomendar é que após conversarem com seus médicos adquiram alguns hábitos caseiros como, por exemplo, alongamentos delicados, caminharem ao redor do quintal, deixar de lado o controle da tv ou rádio e levantarem-se para a sintonia dos canais e considerando que, dependendo da faixa etária os exercícios mentais auxiliam e muito no aspecto físico, procurarem ler, cantar, contar passagens da vida ainda que para si próprio, caso viva só, levantar a cabeça diversas vezes para observar o céu, olhar para o chão imaginando um tapete de flores, para os lados a fim de aprender a conhecer melhor seu espaço (sujeito 16)”.

Para o sujeito 10 “Além de a atividade física ser importante para o organismo diminuindo a taxa de colesterol, obesidade, diabetes, ajuda o paciente a desestressar e com isso diminui a sua pressão arterial”.

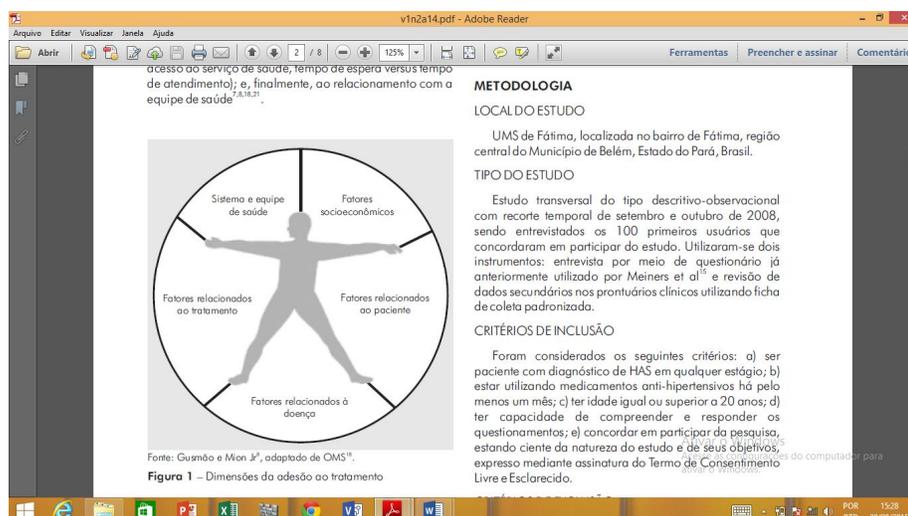
Em alguns relatos ficou evidente a importância do controle da PA associado ao uso de medicações aliado à atividade física, como apontado nas falas: “a medicação é importante, mas o exercício físico é fundamental (sujeito 19), “um depende do outro, devemos manter o equilíbrio, a medicação é fundamental e de extrema importância, só que atividades físicas é essencial, todo ser humano tem o dever de se cuidar, se exercitar, e se alimentar bem (sujeito 20)”.

Pedrinelli et al. (2009) sustentam que um programa de exercícios físicos bem direcionado e eficiente deve ter como meta a melhoria da capacidade física do indivíduo, diminuindo a deterioração das variáveis de aptidão física como resistência cardiovascular, força, flexibilidade e equilíbrio, o aumento do contato social e a redução de problemas psicológicos, como a ansiedade e a depressão.

#### 4.2.5 Avaliação médica e acompanhamento da equipe de saúde

Na publicação *Adherencia a Los Tratamientos a Largo Plazo: Pruebas para la acción*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004) estabeleceu que diferentes fatores podem estar associados à adesão ao tratamento de pacientes com terapias de longo prazo (doenças crônicas), incluindo o uso dos medicamentos, mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares (Figura 25).

#### Figura 8 – Dimensões de adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial, de acordo com Gomes et al. (2007).



Fonte: Autora, adaptada de Gomes et al. (2007)

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (GOMES et al., 2007).

Lima et al. (2010) traçaram o perfil dos pacientes hipertensos acompanhados na atenção primária à saúde do município de Fátima, em Belém, Pará, em relação a adesão ao tratamento desses hipertensos.

Dentre as variáveis analisadas destacamos os fatores relacionados à equipe de saúde (médico, enfermeiro e farmacêutico). Os resultados foram: 94% dos hipertensos confiam no médico que os atende na unidade de saúde, 97% confiam na equipe de saúde; 88% entendem as explicações sobre a pressão arterial fornecidas a eles, seja no momento da consulta, no atendimento de enfermagem e ou na farmácia no momento de retirada das medicações. Portanto, neste estudo ficou evidente a importância do acompanhamento médico e também da equipe de saúde aos hipertensos.

Esses resultados corroboram as citações dos ACS, participantes do nosso estudo, ao relatarem que “O acompanhamento médico é essencial para os hipertensos eles precisam ser informados sobre as consequências de não aderir ao tratamento; seguindo as orientações medica corretamente, tomando os remédios diariamente, fazendo atividade física e uma alimentação saudável, o hipertenso vai ter uma qualidade de vida bem melhor (sujeito 1)”.

Referem ainda que “é de extrema importância que o paciente faça o acompanhamento de sua hipertensão arterial na atenção básica, porque assim, através de ações de promoção e educação em saúde, os profissionais podem detectar precocemente a doença e reduzir seus agravos. Os profissionais possuem um conjunto de recomendações para o cuidado integral, que objetiva guiar as equipes para o acompanhamento qualificado dos indivíduos hipertensos. Possuem

também, instrumentos para rastreamento, diagnóstico tratamento, acompanhamento e coordenação do cuidado e se necessário, encaminha-lo para outros níveis do cuidado. Os profissionais da atenção básica irão orientar o paciente quanto a mudança no estilo de vida e mostrar a importância do tratamento para maior adesão. O processo educativo se faz conjunto com profissionais de saúde e paciente (sujeito 13)”.

#### 4.2.6 Tratamento farmacológico e terapias complementares na hipertensão

Em 2002, por meio da Portaria GM nº 371/02, surgiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para HAS e DM, denominado Hiperdia. O programa é parte complementar do Plano Nacional de Reorganização da Atenção primária e define como responsabilidade do Gestor Federal a aquisição e fornecimento aos municípios dos medicamentos selecionados para o tratamento da HAS (hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg) e para DM (metformina 850 mg, glibenclamida 5mg e insulina NPH 100UI), de forma a contemplar todos os usuários cadastrados (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009).

Estratégias como o serviço de Atenção Farmacêutica podem contribuir para redução da morbimortalidade dos usuários portadores de HAS e DM. De acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2007), o farmacêutico faz parte da equipe multiprofissional e desempenha, entre outras atividades, a Atenção Farmacêutica.

Segundo Hepler e Strand (1990), a Atenção Farmacêutica é a “provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar os resultados concretos que melhore a qualidade de vida do paciente”.

Desta forma, esta prática farmacêutica desloca a centralidade da terapêutica do medicamento para o ser humano, considerando suas necessidades relacionadas aos medicamentos (RENOVATO; TRINDADE, 2004).

De acordo com Cipolle et al. (2004), o não cumprimento ou não adesão ao tratamento medicamentoso é considerado um problema farmacoterapêutico. Este problema pode ter como consequência o agravamento da doença, uma vez que há falha no tratamento farmacológico. Além disso, pode-se ocasionar aumento de internações hospitalares e de custos assistenciais em saúde que poderiam ser evitados.

A adesão ocorre quando o usuário está suficientemente motivado a aderir o tratamento prescrito devido à percepção dos benefícios e resultados positivos (URQUHART, 2000).

Resgatamos o estudo realizado em Belém, Pará, acerca do perfil de adesão ao tratamento pelos hipertensos, com o intuito de retratar neste momento, os fatores relacionados à adesão medicamentosa ao tratamento. Evidenciamos que os pacientes fazem uso de 1, 2, 3 ou mais medicamentos, e os medicamentos prescritos registrados em prontuários incluem o Captopril (34%), Hidroclototiazida (29%), Metildopa (13%), Propanolol (2%), Nifedipino (4%) e outros (18%) (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009). Esses medicamentos são os principais, preconizados pelo Ministério da Saúde.

Dentre os efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos, citados anteriormente, estão a cefaleia, sonolência e secura na boca. Entretanto, a grande maioria dos entrevistados relatou não sentir efeitos colaterais indesejáveis e 99% não têm dificuldades em ingerir os medicamentos. Os pacientes acreditam que o medicamento é eficaz para controlar a pressão arterial e 63% confirmam que as mudanças nas práticas alimentares e adoção de um estilo de vida saudável através de exercícios físicos contribuem para o controle da pressão arterial. Ainda na pesquisa, 85% sujeitos preocupam-se em fazer o controle da PA, por meio de aferições frequentes e 100% consideram-se satisfeitos com o atendimento à sua saúde (RENOVATO; TRINDADE, 2004).

Referindo-se ao tratamento farmacológico, essa ação é expressa pelos ACS do presente estudo quando registram que “Após saber que é um hipertenso é importante fazer várias mudanças desde a alimentação balanceada, exercícios físicos regulares e consultas médicas periodicamente cumprindo sempre a receita da medicação e fazendo o controle sempre. Sendo assim adquirimos melhor qualidade de vida” (sujeito 25); “o tratamento farmacológico é fundamental para o paciente, atividades físicas, vida saudável, dieta, só tem eficácia se o indivíduo fizer também a adesão farmacológica” (sujeito 21).

Ainda os ACS, sujeitos do presente estudo, sugerem alternativas para auxiliar os hipertensos no tratamento medicamentoso. A seguir o relato: “para garantir a eficácia do tratamento da hipertensão arterial é preciso tomar as medicações nas horas e dosagens passadas pelo médico, se houver dificuldade em tomar os

medicamentos é bom serem divididos em caixinhas e frascos etiquetados, contendo hora e tipo de medicamento para auxiliar o paciente na hora da dúvida” (sujeito 22).

As terapias complementares, com sua dimensão holística, podem ser ferramentas úteis para o tratamento complementar da HA. Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, incentivando o uso das plantas medicinais, através da fitoterapia, homeopatia, acupuntura, dentre outras práticas (BRASIL, 2006).

A enfermagem pode atuar na educação em saúde da população, proporcionando-lhe outras opções de tratamento além da alopatia, como o estímulo de hábitos saudáveis e o uso de plantas medicinais, as terapias alternativas/complementares (acupuntura, iridologia, fitoterapia, reflexologia, quiropraxia e massoterapia, dentre outras) contribuindo, com isso, para melhorar-lhe a qualidade de vida.

Um estudo realizado por enfermeiras do Rio Grande do Sul, em 2009, avaliou o uso de plantas medicinais no tratamento complementar da hipertensão arterial e das dislipidemias. Trata-se de um estudo de caso que descreve a redução da pressão arterial com técnicas da Medicina Tradicional Chinesa, especificamente, Acupuntura e *Tai Chi* (RENOVATO; TRINDADE, 2004).

Segundo Figueiredo e Asakura (2010), as poucas pesquisas controladas e randomizadas com técnicas energéticas como Meditação, Toque Terapêutico, e *Reiki* sugerem que elas reduzem a ansiedade e o estresse; fatores que contribuem para o desequilíbrio da PA.

#### 4.2.7 Tratamento do hipertenso e responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde

Para discorrermos sobre a responsabilidade compartilhada no tratamento da hipertensão faz-se necessário recorrer a questão do processo de trabalho em saúde, sobretudo, no processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com HA.

Utilizamos como referência uma pesquisa qualitativa realizada em Jequié, na Bahia, totalizando 25 sujeitos entre profissionais de saúde e usuários, que teve

como objetivo geral analisar o processo de trabalho desenvolvido pelas ESF aos usuários com H. A. (RENOVATO; BAGNATO, 2007).

Os depoimentos desses usuários demonstram que o ACS e o enfermeiro, em seu processo de trabalho, utilizam a visita domiciliar como meio de identificar a regularidade do uso da medicação e assegurar que os usuários frequentem regularmente as consultas realizadas na USF, como também que estes profissionais representam um “auxílio” para o cuidado com a sua saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Além da visita domiciliar, constatamos que a realização de atividades educativas se constituem em ações que compõem o processo de trabalho das ESF do município de Jequié. Desse modo, as atividades de cunho educativo precisam aproximar os usuários e profissionais, com o intuito de superar o entendimento reducionista no qual os profissionais são os detentores do saber e os usuários receptores de informações. Nessa dinâmica, deve ocorrer uma verdadeira abertura com discussão para uma forma mais abrangente de se entender a saúde (PIMENTA, 2000).

Estas afirmações corroboram as falas dos ACS do presente estudo em relação ao tratamento da HA e a responsabilidade compartilhada da equipe: “quando diagnosticado pelo médico o paciente hipertenso tem que ter a responsabilidade de se cuidar, tomando seus medicamentos corretamente, procurando fazer exercícios físicos, tentar manter uma dieta balanceada controlar o sal nos alimentos, pois só assim terá mais qualidade de vida” (sujeito 23).

O sujeito 4 também expressa em sua fala a respeito da responsabilidade compartilhada “na minha opinião o mais importante para o seguimento é o paciente ter consciência da gravidade das consequências de sua hipertensão não cuidada, e tomar suas medicações corretamente. Acho que todos temos uma parcela de obrigação e devemos deixar claro para o pacientes que eles também tem as suas”.

Entretanto, uma atuação profissional direcionada ao cuidado integral exige um processo de educação permanente voltado à transformação de suas práticas e do processo de trabalho.

Assim, transformações significativas no processo de trabalho das ESF pressupõem mudanças na forma como se produz e para quem se produz o cuidado, num esforço de construir um novo fazer saúde que supere a visão ‘medicoprocedimento-centrada’; implicando também na busca pela efetivação de um

modelo 'usuário-centrado' que legitime o valor e o respeito pelo usuário e suas subjetividades (FRANCO; MERHY, 2007).

Merhy (2002) comenta que o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de interesse e compromisso da equipe de saúde por seus problemas e necessidade de saúde.

Quando o profissional não se envolve com a história de vida dos usuários, com o contexto social que está inserido, há uma superficialidade em seus encontros que não impulsiona a criação de vínculo e responsabilização pelo outro. Tais atitudes são cada vez mais comuns, o que induz o usuário a não exercer a cidadania e a agir como se um atendimento superficial fosse o bastante para satisfazer suas necessidades de saúde.

Assim, corroboramos Brasil (2004), ao afirmar que o processo de trabalho em saúde deverá perpassar por uma produção de atos de saúde no mínimo acolhedora, com o estabelecimento de vínculo e responsabilidade, como direito do usuário.

#### 4.2.8 Atenção básica e educação para a cidadania

Para Rodrigues, Kolling e Mesquida (2007), "a educação e a saúde são práticas sociais que sempre estiveram articuladas". A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como "estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença". Bem-estar que integra os níveis biológico, psíquico e social, que somente poderá ser alcançado quando o indivíduo se formar numa sociedade que lhe permita seu desenvolvimento educacional.

A definição de educação é mais complexa e abrangente. Brandão (1995) entendeu a educação como um processo de humanização que se dá ao longo de toda a vida, de muitos modos diferentes, ocorrendo em casa, na rua, no trabalho, na igreja, na escola, entre outros. Além de um processo infinito, que acontece em múltiplos espaços e diferentes situações da vida, compreende-se que a educação está ligada à aquisição e articulação do conhecimento popular e científico, percebido como uma reorganização, incorporação e criação do conhecimento.

Em relação à educação como um processo de humanização que se dá ao longo do período vital, o ACS desse estudo, afirma em suas falas que: "o mais importante para o seguimento é o paciente ter consciência da gravidade das consequências de sua hipertensão não cuidada, e tomar suas medicações

corretamente. Acho que todos temos uma parcela de obrigação e devemos deixar claro para o pacientes que eles também tem as suas” (sujeito 4).

Compreende-se, assim, que a saúde e a educação são inseparáveis e interdependentes, pois para se ter educação, precisa-se da saúde, ao mesmo tempo em que a saúde apenas é alcançável quando se tem uma boa educação. Corroborando a opinião expressa pelo ACS, “é de extrema importância que o paciente faça o acompanhamento de sua hipertensão arterial na atenção básica, porque assim, através de ações de promoção e educação em saúde, os profissionais podem detectar precocemente a doença e reduzir seus agravos. Os profissionais possuem um conjunto de recomendações para o cuidado integral, que objetiva guiar as equipes para o acompanhamento qualificado dos indivíduos hipertensos. Possuem também, instrumentos para rastreamento, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e coordenação do cuidado e se necessário, encaminha-lo para outros níveis do cuidado. Os profissionais da atenção básica irão orientar o paciente quanto à mudança no estilo de vida e mostrar a importância do tratamento para maior adesão. O processo educativo se faz conjunto com profissionais de saúde e paciente” (sujeito 13).

Considera-se que para alcançar a meta de Saúde para Todos, Campos et al. (2001) afirmam que não basta desenvolver a atenção primária, mas também uma educação voltada às necessidades e possibilidades da comunidade.

A educação há algum tempo deixou de ser vista como uma ação circunscrita ao contexto institucional/escolar. Hoje, fala-se de educação em vários espaços – institucionalizados ou não -, assim como se entende que ela seja uma dimensão crucial de várias atividades e relações, profissionais ou não. A ação de agentes de saúde junto aos usuários desse serviço ou aliado às comunidades é exemplo de um trabalho no qual a dimensão educativa está muito presente, especialmente, no que diz respeito ao relacionamento desenvolvido entre agentes e usuários/comunidade, configurando um viés essencial da Educação em Saúde (MOREIRA et al., 2011).

No caso da Educação em Saúde essa relação com o outro pode estar fundamentada na imposição ou na troca de saberes. Em termos educacionais, trata-se da clássica separação entre educação bancária (“tradicional”) e educação libertadora/problematizadora, a última tão bem proposta e descrita por Paulo Freire (1995, p. 76).

[...] ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócioecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza)”

A possibilidade de uma educação para a saúde que considere o sentido que cada um dá para a sua vida, como a controla, convivendo solidariamente em comunidade, a partir do resgate das experiências de cada envolvido no processo educativo, é um caminho para a liberdade e para a construção de autoria.

Uma educação popular ou libertadora, de acordo com Freire:

não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos [...], mas nos homens como corpos conscientes e na consciência intencionada ao mundo”. (FREIRE, 2005, p. 77). Essa educação é diferente da educação bancária, depositária, na qual se transmite conhecimento e se coloca, de um lado, o educador e, de outro, o educando. É diferente porque ela supera a contradição educador-educandos, possibilitando uma “relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível” (FREIRE, 2005, p.78). Cria-se uma situação gnosiológica, em que “o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do atocognoscente de um sujeito, é o mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador e educandos (FREIRE, 1995, p.78).

A educação proposta por Freire se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação dos homens sobre a realidade. Essa educação problematizadora passa por dois momentos distintos. O primeiro, quando o homem desvela o mundo e compromete-se na prática com a transformação; e o segundo, quando transforma a realidade; a pedagogia que daí advém deixa, então, de ser do oprimido e passa a ser do homem em processo permanente de libertação (FREIRE, 2005).

Aprender é uma descoberta criadora, com abertura ao risco e à aventura do ser, pois ensinando se aprende e aprendendo se ensina. Participar desse aprendizado é uma ação político-dialógica com a qual a Educação Popular em Saúde pode contribuir de forma significativa (MOREIRA et al., 2011).

Considerando o módulo VI, referente à avaliação formativa do AVA, os temas geradores foram a troca de experiências e aprendizado, capacitação para o trabalho e para a vida, e aprendizado *versus* dificuldade com o manuseio do AVA.

#### 4.2.9 Troca de experiências e aprendizado

Em alguns relatos ficou evidente a importância da troca de experiências, a permuta de informações para o crescimento pessoal e também para o aprendizado que sai do espaço de informações pontuais e caminha, experimentando a visão de um coletivo, como apontado na fala: “Sempre importante estarmos trocando conhecimentos, porque quem ministra um curso só o faz porque tem o conhecimento técnico, e nos ACS temos a experiência, pois vivemos diariamente em nossas visitas junto as famílias e pessoas da comunidade em geral. E após a soma desses atributos podemos dividir e multiplicar conhecimentos a fim de colaborarmos, unidos, na promoção a saúde” (sujeito 16).

Para Almeida e Rubim (2004), entre os recursos disponíveis na *web* existe uma diversidade de espaços que propiciam a interação por meio da troca de informações e experiências, de discussões sobre temas de interesse comum, do desenvolvimento de atividades colaborativas envolvendo educadores, pesquisadores, especialistas, alunos e instituições, que se dedicam à produção de novos conhecimentos. Portanto, são as pessoas que utilizam os espaços disponíveis na *web* que concretizam a interação potencializada pela tecnologia, tecem redes de significados e rompem com as paredes da sala de aula, integrando o ambiente escolar à comunidade que o cerca, à sociedade da informação e a outros espaços produtores de conhecimento.

Grossi, Moraes e Brescia (2013) salientam que, a partir do manuseio das ferramentas de interatividade pode-se solidificar os laços afetivos entre usuários de um AVA. Afetividade, ao contrário do que o senso comum, muitas vezes relata, não se refere apenas às manifestações físicas de carinho, emoção, ternura e simpatia. Ela também pode ser concebida a partir da vivência e da interação, e esta não necessariamente necessita ser física, poderá ocorrer também nos espaços virtuais.

Os aspectos considerados pelos autores em relação à interatividade do ambiente virtual *versus* educando contemplam as citações dos ACS, participantes do nosso estudo, ao relatarem que “esse curso foi para mim de extremo acréscimo para realização do meu trabalho e contribui ainda mais para a orientação dos pacientes; aprendi um pouco mais apesar de termos tido alguns contra tempos, essa troca de informação foi de extrema valia, agradeço a todos vocês” (sujeito 27).

O constante avanço das TIC, conduz a um novo paradigma, modificando os papéis dos professores e alunos e alterando o conceito de sala de aula (POCINHO; GASPAR, 2012).

Ainda para esses mesmos autores, o professor agregará outras funções como promover a pesquisa e a colaboração multidisciplinar, tendo um papel fundamental no incentivo de seus alunos para exercitarem a interação e o debate de ideias, propondo-lhe trabalhos e críticas reflexivas, promovendo simultaneidade de papéis, portanto, devendo o professor sempre estar atento e atualizado em relação aos novos contextos.

Por sua vez, o papel do aluno também se altera perante as TIC, pois sua performance no intercâmbio de informações, seja com os professores ou com seus pares, são de especial importância, uma vez que este modelo tende a tornar a dinâmica da aprendizagem na sala de aula, mais estimulante e interativa, onde o aluno será mais ativo e menos indiferente ao conteúdo aplicado, tirando assim maiores proveitos, sem perder o estímulo e aprendendo de forma mais autônoma (POCINHO; GASPAR, 2012).

Os participantes do presente estudo ainda complementam ressaltando que “o curso nos ajuda no aprimoramento do assunto em questão. Todo material é rico em vários aspectos e nos proporciona a oportunidade de rever e aprender sobre o assunto. Toda capacitação é bem aceita” (sujeito 21).

Corroborando Almeida (2009), os ambientes virtuais dão suporte e potencializam a educação à distância e se tornam indispensáveis no modelo em que o processo ensino e aprendizagem ocorre por meio exclusivo da internet. Para esta mesma autora, as tecnologias de informação e comunicação, juntamente com os ambientes virtuais faz com que ocorra um ambiente de aprendizagem interativo, no qual o conhecimento é gerado tanto individualmente quanto em grupo, dentro de uma metodologia colaborativa; como assinalam os participantes de nosso estudo.

#### 4.2.10 Capacitação para o trabalho e para a vida

Ao conhecermos o cotidiano profissional dos ACS, nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, a proposta do estudo vigente, na modalidade EAD, nos pareceu ser a oportunidade de atualização para eles, que poderia ocorrer de forma

ativa, por acreditarmos que necessitavam de saberes específicos para sua atuação, bem como careciam de tempo para realizá-la.

O relato do sujeito 26 ratifica nossa percepção quanto à ausência de tempo e necessidade para o aprendizado: “eu como hipertensa só pude aprender mais a assustei muito quando vi o filme do cardíaco, gostaria que mais hipertensos pudessem assistir este filme”.

Oliveira (2007) salienta que a sociedade atual requer um novo tipo de profissional em todos os setores econômicos, essa necessidade se dá pela busca de competências múltiplas das pessoas, no trabalho em equipe, na capacidade de aprender e de adaptar-se a situações novas. Para alcançarmos essas competências necessitamos de conhecimento para utilizar as novas tecnologias da informação e comunicação, não apenas como meios de melhorar a eficiência dos sistemas, mas, principalmente, como ferramentas pedagógicas efetivamente a serviço dos profissionais que atuam na saúde.

A condução do curso, na dinâmica aplicada, possibilitou o olhar do ACS para a equipe que integrou a oferta das atividades e o sujeito 13: “primeiramente gostaria de agradecer pela oportunidade de participar desta capacitação, pois enriquece meus conhecimentos. Ocorreram falhas no acesso a plataforma de aprendizado, mas nada que prejudicasse o andamento do curso”.

Para Messa (2010), as novas tecnologias têm incorporado cada vez mais a vida moderna, dessa forma, o surgimento da modalidade de Educação a Distância (EAD), da qual utiliza-se de AVA vem tomando fôlego maior em cursos voltados para o Ensino Superior ou para os níveis profissionalizantes do Ensino Médio. Além disso, uma nova oportunidade para aprimorar os conhecimentos deste público, a educação a distância significa mais qualidade de vida para o público adulto, uma vez que terá horários mais flexíveis, e terá mais tempo para dedicar-se às atividades particulares.

Convergindo na direção do exposto pelo participante, pesquisadores como Cardoso et al. (2008) relatam que o ensino da informática para a formação de profissionais em saúde, quando realizado de forma a estabelecer relações entre as TIC e a *práxis* profissional da saúde, contribui para a melhoria do processo educativo e faz com que o aprendiz possa visualizar como essa tecnologia pode ser utilizada na atuação profissional.

Costa (2012) enfatiza que na EPS, a EAD, representa um caminho tanto para a construção coletiva e dialógica do conhecimento quanto para a melhoria das

práticas dos trabalhadores do setor, contribuindo também para a consolidação de um modelo mais equitativo e democrático de promoção e atenção à saúde no País; inserindo-se aqui a contribuição desse conhecimento para a assistência integral ao cidadão, com maior segurança e efetividade, no caso, do ACS.

#### 4.2.11 Aprendizado *versus* dificuldades de acesso

Mesmo havendo inúmeras contribuições ofertadas pela EAD, há que se considerar carências no âmbito do conhecimento da tecnologia, por parte dos cidadãos, e também quanto à indisponibilidade de recursos, especialmente, no cenário público, para utilização desses equipamentos (BRASSAROLA, 2014).

Pocinho; Gaspar (2012) demonstram em seu estudo que o limite de acesso ao computador foi apontado como um importante empecilho para a continuidade do curso, concluindo que tempo de dedicação do aluno ao curso e a garantia de acesso ao computador devem ser melhor dimensionados; como grifado pelo participante 12 quando refere “O curso é bom, mas infelizmente neste ambiente virtual, tivemos vários problemas de acesso, por estar carregado demais. O ambiente tem que estar disponível para que todos possam acessar ao mesmo tempo. O fato de ter dificuldades no acesso já desanima os participantes, é necessário melhorar”.

Na EAD, a utilização de recursos tecnológicos por mais infraestrutura que possua não é uma garantia de qualidade no processo de educação, mas tem papel primordial para fomentar a otimização das ferramentas utilizadas na educação à distância (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Um dos participantes registra que “apesar de termos tido alguns problemas para acessar os tópicos do curso, o mesmo foi muito proveitoso, pois proporciona testar nossos conhecimentos para que possamos em nossas visitas poder orientar melhor os pacientes e também trocamos experiências entre nos ACS” (sujeito 23).

Deste modo, espera-se que os alunos alcancem um grau de competência informacional que lhes permita exercitar a prática transdisciplinar, não apenas ao longo do curso, mas também em sua carreira profissional. Esta condição é fundamental para que as discussões a serem realizadas caminhem dentro de um patamar acadêmico, sendo que o acesso a esses recursos deve ser garantido institucionalmente (COBUS, 2008).

Confirmando os relatos, já citados, dois dos participantes registram que “o curso foi bom, a capacitação é sempre bem-vinda, as aulas presenciais não foram muito boas, pois em todas as aulas não conseguimos completar as atividades, pois o servidor da USP estava fora do ar ou congestionado” (sujeito 22). Primeiramente gostaria de agradecer pela oportunidade de participar desta capacitação, pois enriquece meus conhecimentos. Ocorreram falhas no acesso a plataforma de aprendizado, mas nada que prejudicasse o andamento do curso” (sujeito 13).

A acessibilidade e a navegação, para os sítios da Internet, são elementos importantes para que os usuários usufruam mais das informações desejadas e de uma maneira mais fácil. Entretanto, a criação ou utilização de mecanismos que apresentem qualidade nesses elementos ainda é um desafio (PALMER, 2002), como constatado também nesse estudo.

## 5 CONCLUSÃO

Considerando os resultados quantitativos, em relação aos participantes 96,55% sujeitos do sexo feminino, a maioria na faixa etária de 22 a 66 anos de idade, com o predomínio de idade média de 38 a 46 anos.

Com relação à escolaridade 62,06% possuem ensino médio completo, 6,89% ensino superior completo e 1,37% têm ensino superior incompleto, cursando Administração de Empresas, Pedagogia, Serviço Social e Direito. Algumas ACS relataram ter outra formação técnica, como auxiliar e técnico de enfermagem, outras ainda possuem atividades paralelas a de ACS, como artesã, cuidadora de idosos, vendedora autônoma e decoradora de festa infantil.

Quanto ao tempo de trabalho dos ACS na UBS de origem 55,17% atuam de 12 a 15 anos na mesma UBS, com tempo médio de trabalho da amostra de 9,7 anos.

A carga horária diária de 08 horas de trabalho foi observada em 100% dos participantes, com a média de salário no valor de R\$ 1.170,73, e predomínio de 48,27% dos sujeitos ganhando entre R\$ 1.000,00 a 1.500,00.

Quando avaliamos o conhecimento prévio sobre o tema HA, constatamos que a média de acertos foi 8,7 - com um máximo de 10 acertos e um mínimo de 06-, nas respostas às questões. Já na avaliação pós-capacitação tivemos um aumento na média de acertos para 8,8 - com máximo de 10 acertos e um mínimo de 07. Desvio padrão de 0,83.

Quando analisamos o conhecimento dos ACS sobre a HA, sob a ótica quantitativa, considerando a pré-avaliação e pós-capacitação, evidenciamos que houve uma linha de tendência ascendente, em relação ao aumento do escore final das notas, ratificando a aquisição de saberes ofertada na capacitação, na modalidade semipresencial.

No aspecto qualitativo, a partir da categorização das falas, foram encontrados onze temas geradores: respeito, educação e empatia com o usuário e equipe de saúde; vínculo e escuta qualificada; capacitação e gostar do que faz, importância da atividade física e os benefícios para os hipertensos, atividade física e aumento da qualidade de vida do hipertenso; atividade física e associação de fatores de promoção de saúde e prevenção de agravos; avaliação médica e acompanhamento da equipe de saúde; tratamento farmacológico e terapias complementares na hipertensão; tratamento do hipertenso e responsabilidade compartilhada com a

equipe de saúde; atenção básica e educação para a cidadania, troca de experiências e aprendizado, capacitação para o trabalho e para a vida e aprendizado *versus* dificuldade com o manuseio do AVA.

Com relação à amostra, no tocante à troca de experiências e capacitação para o trabalho e para a vida, observamos ter havido interação entre os participantes, troca de experiências, e crescimento pessoal e profissional o que ficou evidenciado em relatos de participantes.

Quanto à TIC e acessibilidade ficou claro que os ACS veem esta modalidade de capacitação como uma opção, pela facilidade de acesso, visto que pode ser realizada fora do local de trabalho, especialmente para aqueles ACS que não dispõem de tempo para se atualizarem, em cursos na modalidade presencial.

No que diz respeito às TIC como forma inovadora de aprendizado, os ACS alegaram que o formato do curso realizado, tende a prender mais a atenção, com facilidade de acesso ao material didático que proporciona o aprendizado - de forma agradável, interativa e compatível com as atividades individuais de cada sujeito. Também enfatizaram que gostaram dos vídeos e do material utilizado, bem como a escolha de um tema que motivasse os sujeitos e/ou participantes, embora tivessem ocorrido as intercorrências nos encontros presenciais quanto à ausência de acessos.

Entretanto, mesmo considerando as dificuldades supramencionadas, constatamos, pelos relatos dos ACS participantes deste estudo, que houve acréscimo de aprendizado com a capacitação realizada, bem como a facilitação para aproximação das TIC no trabalho e na vida, de cada cidadão.

O desenvolvimento do AVA para Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde agregou Tecnologias de Informação e Comunicação ao processo ensino-aprendizagem, e nesse estudo, se revelou efetivo como instrumento de formação permanente para Agentes Comunitários de Saúde no Município de Ribeirão Preto/SP, sobre Hipertensão Arterial.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A acessibilidade e a navegação, no uso da Internet, são elementos essenciais para que os usuários usufruam das informações desejadas, de maneira mais fácil. Nesse sentido houve limitações deste estudo em relação ao acesso ao AVA e em relação ao provedor, pois quando os ACS tentavam acessar, simultaneamente, a rede não funcionava. Este fator foi considerado um obstáculo à continuidade do curso.

Entretanto, a criação ou utilização de mecanismos que apresentam qualidade nesses elementos e otimização das ferramentas, utilizadas na EAD ainda é um desafio, como constatado também nesse estudo.

Há que se sugerir o mesmo curso de formação permanente, na mesma modalidade, para os demais ACS dos Distritos de Saúde no Município, como uma forma de uniformização das informações sobre HA, a todos os profissionais citados, ofertando a possibilidade de reflexões acerca do tema abordado.

Mesmo cientes das dificuldades encontradas na elaboração neste modelo de formação permanente, ressaltamos a importância da educação permanente dos ACS, recomendamos a construção e oferta de outros cursos, na mesma modalidade, em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto. Com essa ação, acreditamos ascender mais uma etapa para alcançar, associado a outras variáveis, a integralidade da assistência às pessoas e famílias, atendidas pelos ACS.

Ressaltamos ainda, a relevância da acessibilidade às TIC pelos ACS, por tratar-se de fonte inesgotável de conhecimento e possibilidades.

Finalmente, aconselhamos capacitações com outros conteúdos, em diversas modalidades, para todos os profissionais envolvidos e comprometidos com a integralidade da assistência à nossa população, em especial aos ACS, para mantê-los atualizados e atuantes dentro da equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G. G. O. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa ação como estratégia educativa. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan/jun 2004. Disponível em: [http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1\\_06%20processo.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_06%20processo.pdf). Acessado em: 07/05/13, às 18:36h.

ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], Goiânia, v. 9, n. 3, p. 617-29, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>. Acessado em: 02/05/2013, às 18:22h.

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALMEIDA, M.; RUBIM, L. **O papel do gestor escolar na incorporação das TIC na escola**: experiências em construção e redes colaborativas de aprendizagem. São Paulo: PUC-SP, 2004.

ALMEIDA, M. E. B. de. Educação a distância na internet: Abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. **Educ. Pesq.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 327-340, jul/dez 2009.

BACKES, V. M. S. et al. Competência dos enfermeiros em problematizar a realidade do serviço de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 727-36, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a18v16n4.pdf>. Acessado em: 07/05/13, às 18:36h.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BRANDÃO, C. R. Educação? Educações: aprender com o Índio. In: BRANDÃO, C. R. **O que é educação**. 33. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. cap. 1, p. 7-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: Programa Saúde da Família, Brasília: DF, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica**: programa de saúde da família. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de políticas de Saúde, Projetos de Promoção da Saúde. As cartas de promoção da saúde. Serie B. **Textos Básicos em Saúde**, Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária – Seminário do Conass para a construção de consensos**. Brasília: CONASS, 2004, 44p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente. Brasília: 2004. 68p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas instâncias do SUS. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. **Educar SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72p

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Quem é o agente?** Biblioteca Virtual da NESCON. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Quem\\_e\\_o\\_agente\\_/95APÊNDICE I](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Quem_e_o_agente_/95APÊNDICE I). Acessado em: 27/10/13, às 09:45h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão e diabetes: convivendo e bem vivendo**. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/24\\_\\_Hipertensao\\_e\\_diabetes\\_\\_convivendo\\_e\\_bem\\_vivendo/95](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/24__Hipertensao_e_diabetes__convivendo_e_bem_vivendo/95). Acessado em: 27/10/13, às 09:49h.

\_\_\_\_\_. Lei n 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

BARROS, E.; MANFRO, R. C.; THOMÉ, F. S.; GANÇALVES, L. F. Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamentos. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. C. **Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. cap. 242-265

BARBOSA, S. P.; ALMEIDA, T. B. S.; SOUZA, E. B. Compreensão dos agentes comunitários de saúde sobre a importância do seu papel na visita domiciliar. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.2, n. 2, p. 320-331, nov/dez 2009.

BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 69-73, jul/dez 2009.

BENITO, G. A. V. et al. Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática em saúde. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 66-72, jul/dez, 2003.

BRASSAROLA, F. A. **Capacitação de agentes comunitários de saúde em diabetes mellitus utilizando ambiente virtual de aprendizagem**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação). Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação, Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <http://www.unaerp.br/documentos/1350-brassarola-fabio-augusto-mestrado-saude-e-educacao/file>. Acessado em: 02/05/2013, às 19:22h

BRUNO, A. R.; LEMGRUBER, M. S. A dialética professor – tutor na educação *online*: o curso de pedagogia UBA-UFJF em perspectiva. In: III ENCONTRO NACIONAL SOBRE HIPERTEXTO. **Anais eletrônicos**, Belo Horizonte, UFJF, 2009. Disponível em: < <http://www.ufpe.br/nehete/hipertexto2009/anais/a/a-dialetica-professor-tutor.pdf>>. Acessado em: 21/10/13, às 09:10h.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública**. ENSP\FIOCRUZ; (documento mimeografado). Rio de Janeiro, 1998.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, suplemento, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMACHO, A. C. L. F. Análise das publicações nacionais sobre educação à distância na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 588-93, 2009.

CARDOSO, J. P. et al. Construção de uma práxis educativa em informática na saúde para ensino de graduação. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 283-288, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipe de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 68-77.

CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R.; CAMPOS J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI, J. R. L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v.25, n. 1, p.53-59, 2001.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

CIPOLLE, R. J. ; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the clinician's guide**. 2nd. ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 386p.

CRIQUI, M. H. Epidemiologia da doença cardiovascular. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. C. **Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. cap. 47, p. 290-294.

CRIQUI, M. H. Doença Cardiovascular. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. C. **Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. cap. 47, p. 361-365.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L. Pesquisa em Saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 34-35, dez. 2006.

Disponível em: [ttp://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1\\_artigo\\_6\\_nota.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_6_nota.pdf).  
Acessado em: 20/09/13, às 11:00h.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA E PESQUISA – CONEP. **Resolução 466/12**.  
Disponível em: [www.conselho.saude.gov.br](http://www.conselho.saude.gov.br). Acessado em: 02/05/2013, 18:22h.

---

**Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

COSTA, A. M. S. da. **A capacitação do Agente Comunitário de Saúde**: uma busca na literatura. 2011. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Governador Valadares, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2640.pdf>. Acessado em: 02/05/2013 às 18:22h.

COSTA, T. M.; BRITO M. A. S. C.; SOUZA, M. V. o processo educativo dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da comunidade de Catolândia-BA: intervindo sobre um problema de saúde. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.33, p.85-99, jul./dez. 2005.

COSTA, M. A. EAD e Saúde: aproximação entre as áreas à partir da experiência de um Curso na Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ. **Rev. Fundação Cecierj**, Rio de Janeiro, n. 2, nov 2012.

COBUS, L. Integrating information literacy into the education of public health professionals: roles for librarians and the library. **J. Med. Libr. Assoc**, Chicago/USA, v. 96, n.1, p.28-33, 2008.

CUNHA, A. C.; MAURO, M. Y. C. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 305-313, 2010.

EDUCAÇÃO NUTRICIONAL. **Alimentando uma vida saudável**. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000003617>.  
Acessado em: 27/10/13, às 09:47h.

FERRAZ, L; AERTS, D. R. G. C. Agente Comunitário de Saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan/abr. 2004.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 374-355, jan/abr. 2005.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FIGUEIREDO, N.N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, Porto Alegre, v. 23, n.2, p. 23-31, 2010.

FORTUNA, C. M.; FRANCESCHINI, T. R. C.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. Movimentos da educação permanente em saúde desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Rev. Latino-AM Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n. 2, p. 1-10, Mar-Abr 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRAGA, O.S. **Agente comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe da ESF?** 2011. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Governador Valadares, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2640.pdf>. Acessado em: 02/05/2013, às 18:22h.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler em três artigos que se completam**. 25. ed. São Paulo: Cortez, 1995

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GALAVOTE, H. S. Desvendando os Processos de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Cenários Revelados na Estratégia Saúde da Família no Município de Vitória. **Rev C S Col**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 31-7, 2013.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIORGI, D. M. A. Tabagismo, hipertensão arterial e doença renal. **Revista Hipertensão**, São Paulo, v.13, n. 4, p. 183- 192, out-nov 2010.

GONÇALVES, C. B. C.; MOREIRA, L. B. Eventos adversos a anti-hipertensivos: Qual a real incidência? **Rev. Hipertensão**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 138-143, out-nov 2007.

GOMES, C. A. P.; FONSECA, A. L.; SANTOS, F. J. P.; ROSA, M. B.; MACHADO, M. C.; FASSY, M. F. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, 2007. 50p.

GOLDMAN, C. V. Tabagismo e doença cardiovascular In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. C. **Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. cap. 47, p. 590 – 594.

GROSSI, M. A.; MORAES A. L.; BRESCIA, A. T. Interatividade em Ambientes Virtuais de Aprendizagem no processo de ensino e aprendizagem na Educação a Distância. **Rev. Arq. Bras. Educ.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 75-92, 2013

HEPLER, C.D.; STRAND, L. M. Oportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. **Am J Hosp Pharm.**, Maryland, v. 47, n. 1, p. 533-545, 1990.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Qual tipo de atividade física traz mais benefícios ao coração?** Disponível em:

<https://www.youtube.com/channel/UCK0SYPK1n9055P-JjLkOZJw>. Acessado em: 27/10/13, às 09:51h.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Como eu faço caixa organizadora de medicamentos.** Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=mB\\_KZDxgyL8](https://www.youtube.com/watch?v=mB_KZDxgyL8). Acessado em: 27/10/13, às 09:53h.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Contagem Populacional.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acessado em: 02/05/2013, às 18:28h.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALÍSIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista Saúde Pública; J. Public Health**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007.

KARP, A.; HOLERS, M. Abordagem do paciente renal com possível doença cardiovascular. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. C. **Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. cap. 47, p. 290 – 294.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa de vigilância. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943. 2004.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004.

LIA, V. E. **Alimentação Saudável**. Os Perigos do sal em excesso. Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rg1Ntyr323c>. Acessado em: 27/10/13, às 09:50h.

LIMA, T. M. et al. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. **Revista Pan Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v.1, n. 2, p. 113-120, 2010.

LOURES, L. F.; SILVA, M. C. S. A interface entre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 2155-2164, 2010.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

LUNA, R.L.; SABRA, A. Prevenção primária e secundária para doenças cardiovasculares. In: \_\_\_\_\_ **Medicina de Família: saúde do adulto e do idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 15, p. 1233-1239.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p 1639-1646, 2002.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. F. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, 2013.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; JUNIOR, J. B. S. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n.4, p. 425-438, out-dez 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E. E.; ONOCKO (org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 109-106, 2002.

MELO, M. L. C.; NASCIMENTO, M. A. A. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para a gestão do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 674-677, nov-dez 2003.

MESSA, W. C. Utilização de Ambientes Virtuais de Aprendizagem - AVAS: A Busca por uma Aprendizagem Significativa. **Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância**, São Paulo, v. 9, s/n, p. 1-49, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL, D. C. Exercício físico e controle da pressão arterial. **Rev. Ciênc. Saúde**, Nova Esperança, v. 11, n. 3, p. 60-66, nov– dez 2013.

MOREIRA, O. C. et al. Educação popular em saúde: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. **Contrapontos**, Itajaí, v. 7 n. 3, p. 507-521 - set/dez 2011.

MORAN, J. M.; MASETTO, M.; BEHRENS, M. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. 7. ed. São Paulo: Papirus, 2005.

OLIVEIRA, A. G. B. et al. Gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial. **Ciênc Cuid Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 376-384, Jul/Set 2008.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 60, n. 5, p. 585-589, set-out 2007.

OLIVEIRA, M. A. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 34-43, set-out 2007.

*ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.* Washington: OMS, 2004. 199p.

PAIXÃO, P. B. S. et al. A prática de alfabetização em informação e comunicação em saúde: o olhar dos agentes comunitários de saúde sobre o projeto de inclusão digital. **Interface**, São Paulo, v. 15, n. 38, p. 937-46, jul/set. 2011.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 22, p. 557-567, 2003.

PALMER, J. W. Web site usability, design, and performance metrics. **Information Systems Research**, Maryland/USA, v.13, n 2, p. 151-167, 2002.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc de Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PEDRINELLI, A.; GARCEZ-LEME, L. E.; NOBRE, R. S. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 96-101, 2009.

PRADO, C. et al. Ambiente virtual de aprendizagem no ensino de enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 862-6, 2012.

PINTO, C. D. B S.; MIRANDA, E. S.; EMMERICK, I. C. M.; COSTA, N. R.; CASTRO, C. G. S. O. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 611-619, 2010.

PIMENTA, A. L. Construindo um modelo assistencial centrado na rede básica. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Saúde e humanização: a experiência de Chapecó.** São Paulo: Hucitec, 2000. 185p.

POCINHO, R. F. S.; GASPAR, J. P. M. O uso das TIC e as alterações no espaço educativo. **Excedra**, Coimbra, Portugal, v. 6, n. 1, p.143-154, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Delineamento de pesquisas quantitativas. In:\_\_\_\_\_. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** São Paulo: Artmed, 2011. cap. 9, p. 250-287.

RENOVATO, R. D.; TRINDADE, M. F. Atenção farmacêutica na hipertensão arterial em uma farmácia de Dourados, Mato Grosso do Sul. **Infarma**, Mato Grosso do Sul, v. 16, n. 11, p. 49-55, 2004.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atendimento em Hipertensão e diabetes**. Ribeirão Preto, 2011.

RODRÍGUEZ, C. A.; KOLLING, M.G.; MESQUIDA, P. Educação e Saúde: um Binômio que Merece Ser Resgatado. **Rev. Bras.de Educação Médica**, São Paulo, v.31, n.1, p. 60-66, 2007.

SANTANA, J.C.B.et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.14, n.4, p. 645-52, Out/Dez 2009.

SILVA, S. S. **Resgatando conflitos relativos à sexualidade dos clientes portadores de coronariopatias**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas). Escola de Enfermagem de Ribeirão preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07012008-133431/pt-br.php>. Acessado em: 02/05/2013, às 20:22h.

SILVA, T. L.; DIAS, E. C. **Guia do ACS – o agente comunitário da saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas**. Belo Horizonte. Nescon/UFMG, 2012.

SILVA. J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. RJ: FIOCRUZ, 2006.

SILVA, E.; SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. As políticas públicas de saúde no Brasil: o sistema único de saúde (SUS) e a rede de saúde em franca. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 16, n. 1, p. 81-103. 2007.

SILVA, J. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 389-401, 2007.

SILVA, A. A. S.; FRANCO, G. P.; LEITE, M. T.; PINNO, C.; LIMA, V. M. L.; SARAIVA N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis (SC), v. 20, n. 2, p. 340-8. Abr/Jun 2011.

SILVA, B. T; BARLEM, E. L. D.; LUNARDI, V. L.; SANTOS, S. S. C. Educação permanente em saúde: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. **Cienc Cuid Saude**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 256-261, Abr/Jun 2008.

SILVA, M.; ZARPELLON, M. G.; SANT'ANA, A. C.; SILVA, G. G. Atividade física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 5, p. 34-43, set-out 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Avaliação e conduta no tratamento dos pacientes com Distúrbios vasculares e Problemas de circulação periférica. In:\_\_\_\_\_. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 1998. cap. 31, p. 624-662.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 13 de fevereiro de 2006. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v\\_diretrizes\\_brasileira\\_hipertensao\\_arterial\\_2006.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf). Acessado em: 27/10/13, às 08:45h.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq BrasCardiol**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 24 -78, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Rev. Bras. Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-10, 2010. cap. 2.

SOUSA, A. T. O. et al. O cuidar humanizado na estratégia saúde da família. **Rev. Saúde. Com.**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p.139-147, 2010.

TAKANI, M. H.; SANTANA, D. M. G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 9 n. 1, p. 79-83, jan./jun. 2004

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciên. e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-97, 2005.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO R.; MATTOS R, A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 49-61.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 331-40,2007.

TORRES, H.C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o Autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 89-93, 2011.

TURI, B. C. et al. Frequência de ocorrência e fatores associados a hipertensão arterial em pacientes do SUS. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 18, n.1, p. 43-52, 2013.

URQUHART, J. Erratic patient compliance with prescribed drug regimens: target for drug delivery systems. **Clin Pharmacol Ther**, USA, v. 67, s/n, p. 331-341, 2000.

ZOBOLI, E.L.C.P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004.

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:** FORMAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO ARTERIAL UTILIZANDO O AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Andréa Freiria Vieira

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Silvia Sidnéia da Silva

Eu, Agente comunitário de saúde, \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_, residente na Rua/Av \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

#### 1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Segundo o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), deverá desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas. De acordo com a portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997, a capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde, e que o conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho.

O uso de metodologias ativas nos processos de formação dos trabalhadores de saúde é uma diretriz recomendada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, diversas Instituições utilizam a Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) para capacitar seus profissionais. Têm organizado e desenvolvido cursos por meio de recursos computacionais e Ambientes Virtuais de

Aprendizagem (AVA). Em sua maioria, esses cursos objetivam a capacitação, treinamentos e simulados *on-line*.

Este projeto trabalhará com o tema Hipertensão Arterial, uma doença crônica não transmissível, que se destaca pela sua morbimortalidade e como fator de risco para patologias do aparelho circulatório.

## **2 OBJETIVOS DA PESQUISA**

### **2.1 GERAL**

Avaliar o conhecimento do agente comunitário de saúde, sobre hipertensão arterial, por meio da capacitação à distância usando o ambiente virtual de aprendizagem.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico do agente comunitário de saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto/SP;
- Analisar o conhecimento anterior à capacitação à distância, sobre o tema hipertensão arterial, pelos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto/SP;
- Analisar o conhecimento posterior à capacitação à distância, sobre o tema hipertensão arterial, pelos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto/SP;
- Discorrer sobre a avaliação realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto/SP, em relação ao uso ambiente virtual de aprendizagem.

## **3 LOCAL DO ESTUDO**

O presente estudo será realizado no Distrito Leste, que possui uma população estimada de aproximadamente 175.000 habitantes. Conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde, cinco Unidades Básicas de Saúde e uma Unidade de Saúde da Família, possuindo 62 (sessenta e dois) ACS, prestadores de serviços nessa área

delimitada. Todas as UBS com PACS contam com material informatizado e acesso a internet devido ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), garantindo o acesso ao ambiente virtual de aprendizado.

As atividades propostas serão realizadas nas próprias UBS e em um encontro presencial na UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto.

#### **4 PROCEDIMENTOS A QUE SERÁ SUBMETIDO**

Você participará de um estudo piloto, direcionado às agentes comunitárias de saúde do Distrito Leste da cidade de Ribeirão Preto, englobando todas as Unidades de Saúde que compõem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do referido Distrito. Será aplicado aos agentes comunitários de saúde, um questionário previamente validado pré e pós-capacitação, para avaliar o conhecimento prévio e após a capacitação, por meio da metodologia selecionada. A capacitação ocorrerá em seis encontros com duração de 2 a 4, sendo um curso de capacitação à distância na modalidade de Ambiente Virtual de Aprendizado, sobre o tema Hipertensão Arterial.

A capacitação ocorrerá em seis encontros com duração de 2 a 4 horas, sendo uma videoconferência, um encontro em ambiente virtual, dois para avaliação formativa e aplicação dos questionários, e um para vídeo-aula. A videoconferência e vídeo-aula serão de no máximo 10 minutos e proferidas por nutricionista, enfermeiro, médico, farmacêutico e educador físico, que estarão presentes no início e final do curso. As atividades propostas serão apresentadas de acordo com o quadro 1.

Você terá acesso às cartilhas, textos, jogos didáticos, vídeos, referentes ao tema Hipertensão Arterial para acesso durante o período do curso.

Haverá benefícios diretos desta pesquisa para você, que poderá obter novos conhecimentos, e suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca dos cursos de capacitação para agentes comunitários de saúde no município de Ribeirão Preto - SP.

#### **Quadro 1 - Cronograma do curso de Capacitação em HA para ACS do Distrito Leste, no Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

DATA	ATIVIDADE/MÓDULOS	LOCAL	MATERIAL	CARGA
------	-------------------	-------	----------	-------

			DIDÁTICO	HORÁRIA
00/00/2014	1. Instruções/ Avaliação formativa Inicial	UNAERP/AVA		4 h
00/00/2014	2. Aspectos Nutricionais da HA	AVA	Leitura de textos Vídeo	2 h
00/00/2014	4. Importância da Atividade Física do Hipertenso	AVA	Leitura de textos Vídeo	2 h
00/00/2014	5. Complicações decorrentes da HA	AVA	Leitura de textos Problematização <i>on-line</i> Vídeo	2 h
00/00/2014	5. Atenção farmacêutica ao hipertenso	AVA	Leitura de textos Problematização <i>on-line</i> Vídeo	2h
00/00/2014	6. Avaliação formativa final	AVA	Todos disponíveis acima	4 h

Fonte: Autora

**Quadro 2: Distribuição dos Módulos/Atividades do curso de Capacitação em HA para Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste, do Município de Ribeirão Preto/SP, 2014.**

<p><b>MÓDULO I</b></p> <p><b>EXPLANAÇÃO GERAL SOBRE O CURSO DE FORMAÇÃO PERMANENTE</b> (Primeiro Encontro) – Orientações sobre o uso do AVA (presencial)</p> <p><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Explicação geral sobre o curso e a metodologia Orientação sobre o uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem Avaliação formativa (questionário) no AVA Fórum discussão</p>
<p><b>MÓDULO II</b></p> <p><b>RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA A PREVENÇÃO E O MANEJO DA HA NA ATENÇÃO BÁSICA (AVA)</b> (Segundo Encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema Texto para leitura complementar</p>

<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO III</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADE FÍSICA PARA PESSOAS COM HA: RECOMENDAÇÕES PARA O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA</b></p> <p>(Terceiro Encontro) -Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema          Texto para leitura complementar          Fórum discussão</p>
<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO IV</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CUIDADOS COM AS COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL</b></p> <p>(Quarto encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema          Texto para leitura complementar          Material ilustrativo</p>
<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO V</b></p> <p style="text-align: center;"><b>TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM HA NA ATENÇÃO BÁSICA</b></p> <p>(Quinto Encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Exibição de vídeo sobre o tema          Texto para leitura complementar          Fórum discussão</p>
<p style="text-align: center;"><b>MÓDULO VI</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AVALIAÇÃO FORMATIVA FINAL</b></p> <p>(Último Encontro) – Ambiente Virtual de Aprendizagem</p> <p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES</b></p> <p>Avaliação Formativa Final  <i>Feed-back</i> sobre o curso          Coleta de dados</p>

Fonte: Autora

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa baseada em sua participação nas atividades de capacitação teórica de um curso no formato de Educação à Distância sobre o tema “Hipertensão Arterial”, através de um ambiente virtual de aprendizado (Internet e computador), portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do

consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

## **5 OUTRAS INFORMAÇÕES**

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 196/96, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr<sup>a</sup> ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo- nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

### **Assinatura do participante**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora orientadora)**

RG: 20.907.158

CPF 144.427.278-05

---

**Andréa Freiria Vieira (Pesquisadora)**

RG: 24.155.528-0

CPF 250.437.448.80

## APÊNDICE II

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:** FORMAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO ARTERIAL UTILIZANDO  
AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

#### PARTE I: DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: feminino (  )                      masculino (  )
2. Data de nascimento (dia/mês e ano): \_\_\_\_\_
3. Escolaridade: (  ) Ensino Fundamental              (  ) Ensino Médio  
(  ) Ensino Médio incompleto (  ) outra \_\_\_\_\_
4. Formação profissional: Instituição \_\_\_\_\_ Tempo de formado \_\_\_\_\_

#### PARTE II: DADOS SOBRE O LOCAL DE TRABALHO

1. Unidade de trabalho \_\_\_\_\_ Turno de trabalho \_\_\_\_\_
  2. Tempo de trabalho na unidade \_\_\_\_\_ Tempo na instituição (SMS): \_\_\_\_\_
  3. Tempo de Serviço como Agente Comunitário de Saúde: \_\_\_\_\_ anos
  4. Já trabalhou em outras unidades dentro desta instituição? (  ) sim (  ) não  
Se sim, qual (is) e em qual função \_\_\_\_\_
  5. Renda Mensal (R\$): (  ) até 1000,00 (  ) de 1000,00 a 1500,00 (  ) acima de 1500,00
  6. Possui outra atividade profissional? (  ) sim (  ) não  
Se sim, qual (is) e em qual função: \_\_\_\_\_
  7. Já participou de curso de capacitação em ambiente virtual sobre Hipertensão Arterial? (  ) sim (  ) não Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
  8. Já fez alguma atualização sobre a Hipertensão Arterial?  
(  ) sim (  ) não Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- Através de: (  ) leitura de livros  
(  ) palestras

( ) cursos

( ) aulas

( ) outros: especificar \_\_\_\_\_

## APÊNDICE III

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS-CAPACITAÇÃO

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:** FORMAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM HIPERTENSÃO ARTERIAL UTILIZANDO O AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

01. São sintomas da Hipertensão Arterial, **EXCETO**:

- a) dores no peito
- b) dor de cabeça
- c) tonturas
- d) muita sede
- e) zumbido no ouvido

02. São fatores de risco para a Hipertensão Arterial todas alternativas abaixo, **MENOS**:

- a) Fumo
- b) Obesidade
- c) Estresse
- d) Grande consumo de sal
- e) Aumento da ingestão de gorduras e carboidratos

03. A Hipertensão Arterial ou pressão alta é uma doença que ataca os vasos sanguíneos, coração, cérebro, olhos e pode causar paralisação dos rins. Assinale a alternativa **incorreta**:

- a) Ocorre quando a medida da pressão se mantém frequentemente acima de 140 por 90 mmHg.
  - b) Tenta levar os problemas do dia a dia de maneira mais tranquila
  - c) Mantém o peso saudável e é orientado quanto à sua alimentação
  - d) Faz uso correto das medicações
- É permitida a ingestão de bebidas alcoólicas na quantidade estabelecida pelo paciente.

04. Na realização de consulta a um paciente idoso, a enfermeira verificou a pressão arterial e constatou que o seu valor pressórico era de 170x100 mmHg. Esse fato denota uma:

- a. Hipertensão Arterial
- b. Diabetes *Mellitus*
- c. Hepatite B

d.Dengue

e.AIDS

05. “É um dos problemas de Saúde Pública no Brasil mais preocupantes, pois pode levar à ocorrência de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por mais de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana, e em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal”. O texto citado faz referência a qual das enfermidades listadas abaixo?

- A) Dengue
- B) Hanseníase
- C) Tuberculose
- D) HIV / AIDS
- E) Hipertensão Arterial

06. A enfermeira solicitou para o ACS que preparasse uma educação em saúde sobre o tema hipertensão (HAS) para ser apresentada na sala de espera da Unidade Básica de Saúde. Em relação às orientações preparadas pelo próprio ACS, assinale a correta:

- A) Os pacientes hipertensos devem restringir o sal na dieta, realizar atividade física (sob orientação)
- B) Os pacientes hipertensos têm uma tendência maior para desenvolverem problemas circulatórios, especialmente nas pernas e pés. Mesmo pequenas lesões podem levar tempo para cicatrizar, requerendo cuidados como o uso de sapatos confortáveis e inspeção frequente.
- C) As mulheres hipertensas podem amamentar, desde que tomem precauções contra hipoglicemia, reduzindo a dose de insulina, ou ingerindo mais alimentos, especialmente carboidratos, segundo a orientação médica.
- D) Verificar os níveis de pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde
- E) Orientar a coleta e o encaminhamento do escarro dos sintomáticos respiratórios

07. Em relação à hipertensão arterial sistêmica, identifique as atribuições do Agente Comunitário de Saúde:

- a. Solicitar exames complementares quando necessário.
- b. Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências.

- c. Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- d. Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária.
- e. Medir os níveis de pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da Unidade de Saúde.

08. O Agente Comunitário de Saúde, no desenvolvimento de suas atividades junto à comunidade, em relação a pacientes hipertensos deve sempre perguntar:

- I. se está tomando os medicamentos com regularidade.
- II. se está com dificuldade financeira.
- III. se está cumprindo as orientações de dieta.
- IV. se está realizando atividades físicas.
- V. se tem trabalhado mais de oito horas por dia.

**Assinale a alternativa que indique todas as afirmativas corretas.**

- a. ( ) Apenas I, II e IV estão corretas.
- b. ( ) Apenas I, III e IV estão corretas.
- c. ( ) Apenas I, III e V estão corretas.
- d. ( ) Apenas II, IV e V estão corretas.
- e. ( ) Apenas III, IV e V estão corretas.

09. Assinale a alternativa **incorreta**:

- a) A ficha B-HA para acompanhamento de hipertensos só deve ser utilizada pela Agente Comunitário de Saúde para cadastrar hipertenso já diagnosticado por consulta médica;
- b) No acompanhamento de hipertensos, deve-se sempre observar a condição de tabagismo e assinalar se é fumante ou não;
- c) Em todas as visitas o Agente Comunitário de Saúde deve medir e registrar os níveis tensionais dos indivíduos;
- d) A realização de exercícios físicos certamente auxilia no controle dos níveis tensionais, mas não é dever do Agente Comunitário de Saúde registrar se o hipertenso realizou exercícios físicos regularmente;
- e) Na ficha para acompanhamento de hipertensos deve-se marcar a utilização de medicamento e se utilizou regularmente a medicação

10. A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Por isso é importante a atuação de todos os profissionais de saúde na prevenção dessa enfermidade na população. Entre as atribuições que cabem ao Agente Comunitário de Saúde realizar na prevenção e tratamento dessa doença, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- A) Perguntar ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando com regularidade os seus medicamentos, e cumprindo com as orientações da dieta e atividades físicas.
- B) Rastrear a hipertensão em indivíduos maiores de 20 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixas.
- C) Encaminhar a consulta de enfermagem os suspeitos de serem portadores de hipertensão
- D) Preencher a ficha do SIAB com as informações necessárias para o acompanhamento do paciente
- E) Verificar a presença de sintomas de complicações da hipertensão arterial, aferindo a pressão arterial, e caso a pressão esteja elevada, encaminhar para atendimento secundário.

## APÊNDICE IV

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO USO DO AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM (AVA)

#### TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: FORMAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE UTILIZANDO O AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

01. Em relação ao programa de capacitação utilizado como um recurso didático (Ambiente Virtual de Aprendizado), você o considera:

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo

02. O uso de video-conferência, como material didático elucidativo foi:

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo

03. O uso de textos como material didático de suporte foi:

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo

04. Você faria um novo curso de Capacitação neste modelo?

- Sim
- Não

Por quê?

## APÊNDICE V

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO SECRETÁRIO DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO – SP

### COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO- SP

**IlmoSr.**

**Dr. Stênio José Correia Miranda**  
**Secretário da Saúde de Ribeirão Preto/SP**

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo avaliar a efetividade de um ambiente virtual de aprendizagem como instrumento de capacitação à distância para Agentes Comunitários de Saúde no Município de Ribeirão Preto – SP, sobre hipertensão arterial, com a finalidade de contribuir para a atualização e uniformização do atendimento ao portador dessa doença na rede de saúde do referido município.

Trata-se de uma pesquisa baseada na participação dos Agentes Comunitários de Saúde nas atividades de capacitação teórica de um curso no formato de Educação à Distância sobre o tema “*Hipertensão Arterial*” através de um ambiente virtual de aprendizado (Internet e computador), portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o consentimento livre e esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

---

ProfªDrª Sílvia Sidnéia da Silva –  
Pesquisadora responsável - orientadora

---

Andrea Freiria Vieira -Pesquisadora

## APÊNDICE VI

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO E DIABETES

#### COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO- SP

**IlmoSr.**

**Sinval Avelino dos Santos**

**Coordenador do Programa de Hipertensão e Diabetes de Ribeirão Preto/SP**

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo avaliar a efetividade de um ambiente virtual de aprendizagem como instrumento de capacitação à distância para Agentes Comunitários de Saúde no Município de Ribeirão Preto – SP, sobre hipertensão arterial, com a finalidade de contribuir para a atualização e uniformização do atendimento ao portador dessa doença na rede de saúde do referido município.

Trata-se de uma pesquisa baseada na participação dos Agentes Comunitários de Saúde nas atividades de capacitação teórica de um curso no formato de Educação à Distância sobre o tema “*Hipertensão Arterial*” através de um ambiente virtual de aprendizado (Internet e computador), portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o consentimento livre e esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa neste município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

---

Profª Drª Sílvia Sidnéia da Silva –  
Pesquisadora responsável - orientadora

---

Andrea Freiria Vieira -Pesquisadora

## APÊNDICE VII

### CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO/SP

**IlmaSr<sup>a</sup>**  
**Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Luciana Rezende Alves Oliveira**  
**Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP**  
**Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto**

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: Capacitação à distância sobre hipertensão arterial para agentes comunitários de saúde utilizando ambiente virtual de aprendizagem, a ser desenvolvido pela Mestranda – Andrea da Freiria Vieira, do Curso de Mestrado em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Silvia Sidnéia da Silva, coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Ribeirão Preto/SP, com as Agentes Comunitárias de Saúde das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Leste.

Atenciosamente,

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva – Pesquisadora Responsável

Ribeirão Preto, 18 de fevereiro de 2013.

## ANEXO A

## AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**  
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



---

Of. nº 5278/13  
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 03 de dezembro de 2013.

Prezada Orientadora,  
Profª. Drª. Sílvia Sidnéia da Silva  
Prezada pesquisadora  
Andréa Freiria Vieira

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilika Barbosa Pegoraro**, a Coordenadora de Estratégia de Saúde da Família e também Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente – **Maria Alice Colli Oliveira**; o Coordenador do Programa de Hipertensão e Diabetes – **Dilson Braz**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **"CAPACITAÇÃO À DISTÂNCIA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE UTILIZANDO AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM"**, nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 067811 8.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa está autorizada, sendo a Secretaria da Saúde cooperante, porém a coleta de dados ocorrerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,



**Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA**  
**Secretaria Municipal da Saúde**

---

Secretaria Municipal da Saúde  
Rua Prudente de Moraes, 457 – Centro – Ribeirão Preto/SP  
Fones: 3977.9305 / Fax: 3941.4934 / e-mail: [gabinete@saude.pmrp.com.br](mailto:gabinete@saude.pmrp.com.br)

## ANEXO B

**AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO**

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CAPACITAÇÃO À DISTÂNCIA SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE UTILIZANDO AMBIENTE VIRTUAL DE

**Pesquisador:** Sílvia Sidnéia da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 24849413.3.0000.5498

**Instituição Proponente:** Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 548.199

**Data da Relatoria:** 10/12/2013

**Apresentação do Projeto:**

O projeto visa avaliar o conhecimento do agente comunitário de saúde, sobre hipertensão arterial, por meio de capacitação à

distância, usando o ambiente virtual de aprendizagem. Utilizando-se de metodologias ativas de aprendizagem como videoconferências, vídeo-aulas,

discussão de problemas em ambientes virtuais e acessibilidade a textos formativos. Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal,

e abordagem quantitativa. Quando se pretende discutir processo de formação ou qualificação de recursos humanos é fundamental termos clareza

de três aspectos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser

desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional. A capacitação ocorrerá em seis encontros com duração de 2 a 4 horas, sendo uma

videoconferência, um encontro em ambiente virtual, dois para avaliação formativa e aplicação dos questionários, e um para vídeo-aula. Este projeto

trabalhará com o tema Hipertensão Arterial, A HAS é um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais

**Endereço:** Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D

**Bairro:** RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380

**UF:** SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO

**Telefone:** (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 548.199

importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o conhecimento do agente comunitário de saúde, sobre hipertensão arterial, por meio de capacitação à distância, usando o ambiente virtual de aprendizagem.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Não haverá situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que eles somente responderão às questões do instrumento após terem concordado com os objetivos do estudo, e assinar o TCLE.

**Benefícios:**

As agentes comunitárias de saúde participarão de um estudo piloto, direcionado a elas, poderão avaliar seus conhecimentos através da aplicação do questionário que avaliará o conhecimento prévio e após a capacitação, de cada uma, sendo um curso de capacitação à desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta relevância ao avaliar o conhecimento do agente comunitário de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendado sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto de pesquisa está aprovado sem recomendações.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
 Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
 Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: celica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 548.199

RIBEIRAO PRETO, 07 de Março de 2014

---

Assinador por:  
Luciana Rezende Alves de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br