

PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO A PESSOA IDOSA NA PRÁTICA DO CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Emanoella Carneiro de Souza (1); Cicero Natan dos Santos Alves (1) Carla Chrislen Lima Oliveira (2); Cleydson Araújo Silva (3); Wilkslam Alves Araújo (3)

1 Universidade de Pernambuco; 2 Centro Universitário Maurício de Nassau; 3 Universidade Federal do Vale do Rio São Francisco

INTRODUÇÃO

As principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no ano de 2015, causaram 70% das mortes em todo o mundo, variando de 37% nos países de baixa renda a 88% nos países de alta renda. Sendo que, nos países de baixa renda as doenças cardiovasculares, dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), corresponderam à cerca de 11% das mortes e 26% nos países de média e alta renda. A Diabetes Mellitus (DM), por sua vez, foi responsável pelo óbito de 1,6 milhão de pessoas, contra menos de 1 milhão em 2000.¹

No Brasil, as DCNT também se apresentam como umas das principais causas de mortalidade. Em 2009, corresponderam por 72,4% do total de óbitos. Sendo que as quatro doenças mais incidentes – doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes – foram responsáveis pelo montante de 80,7% dos óbitos causados por doenças crônicas.²

Nesta perspectiva de alta prevalência destas doenças, a equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm extrema importância com relação ao registro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, como também no desempenho de atividades como promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).³

Dentre os profissionais, ressalta-se o papel fundamental do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que está em constante convívio com a comunidade realizando o *feedback* entre os usuários e os outros componentes da equipe. O ACS deve estar inteiramente ciente da realidade da população atendida, e buscando a melhoria na qualidade de vida dos pacientes, pois o mesmo é quem realiza as visitas domiciliares e tem como um dos papéis convocar todos a buscarem atendimento na Unidade Básica de Saúde.⁴

O trabalho do ACS ganhou forças a partir da criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, entendido como um programa de transição para implantação da ESF,

composta por um enfermeiro para supervisão de trinta ⁵. As funções do ACS transcendem o campo da saúde, pois na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial. ^{6,7}

Desse modo, o objetivo deste relato é descrever a experiência vivenciada pelos estudantes inseridos na prática do Controle de Crônicas Não Transmissíveis do município de Petrolina em Pernambuco, onde foram desenvolvidas estratégias, juntamente com os ACS, que contribuíssem para o aumento da procura da Unidade Básica de Saúde pelos usuários idosos acometidos por HAS e DM.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato da experiência, com abordagem qualitativa vivenciada por estudantes do Programa de Educação para o Trabalho – PET/Saúde, realizado no período de outubro de 2014 a dezembro de 2015. Apresentando como público alvo do projeto os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Alto do Cocar (UBSAC), localizada na zona urbana do município de Petrolina, no Estado de Pernambuco. Adotou-se como critério de exclusão o ACS que não comparecesse as reuniões.

Nesse sentido, antes do início das atividades desenvolvidas pelos estudantes, no campo da vivência, foram realizados cursos de extensão universitária mediados pelos docentes e preceptores, para capacitação dos estudantes envolvidos nas atividades, durante as reuniões do PET/Saúde nas dependências da Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina. Sendo discutidos aspectos quanto a orientações sobre os mecanismos fisiopatológicos da DM e HAS, epidemiologia, fatores de risco, eventos clínicos, diagnóstico, tratamento e importância da efetivação das práticas de prevenção e autocuidado. Além de serem apresentados conhecimentos a respeito das diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Em um primeiro momento foram realizados encontros na UBSAC, visando familiarizar os discentes junto à equipe saúde da família, com também o ambiente e território adscrito da unidade. Já no segundo contato, as atividades foram direcionadas para os ACS com ênfase para tomada de conhecimento e sensibilização dos objetivos do projeto PET, assim como, foi aplicada uma dinâmica metodológica pelos discentes e receptores, que se fundamentava em listar suas percepções sobre: (1) O desenvolvimento seu papel profissional frente à população acometida por HAS e DM; (2) dificuldades e estratégias sugeridas para uma melhor abordagem para população referida;

considerando o seu processo de trabalho; (3) condutas e ferramentas inovadoras capazes de atrair a população hipertensa e diabética para unidade de saúde. No momento subsequente da dinâmica, todos os papéis listados foram recolhidos e posteriormente, digitalizados no Programa *Microsoft Word 2013*.

Todas as informações e dados obtidos durante a realização do estudo foram utilizados apenas para fins do desenvolvimento da ação proposta vinculado ao projeto PET/UPE, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade em consonância com a Resolução nº 466/2012 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil existe um amplo Sistema de Informação em Saúde (SIS), responsável pelo armazenamento e fornecimento de dados para fundamentação de pesquisa, ensino e ações que partem da gestão para resolução de problemas encontrados a partir das informações obtidas no sistema. Dentre os esses, o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos permite aos profissionais de saúde vinculados a UBS cadastrar e acompanhar os acometidos por uma ou ambas as doenças. Tendo como alvo informar aos cidadãos, pesquisadores, profissionais, gestão do município, Estado e Ministério da Saúde, por meio do site do DATASUS, a real condição das DCNT^{9,10}.

Nesta perspectiva, os ACS têm um papel primordial nestas ações, tendo em vista que os mesmos conhecem a realidade da comunidade da qual fazem parte. Isso ocorre pelo fato de estarem mais próximos dos usuários, terão mais condições de incentivar os mesmos a comparecerem à UBS e também fazer com que os acometidos por HAS e DM tenham consciência acerca da corresponsabilidade dos mesmos, da prevenção dos agravos da doença e que sejam capazes de realizar a prevenção secundária.

Durante o desenvolvimento das atividades, por meio do que escreveram, ficou nítido para as alunas e a preceptora que os ACS detinham de um conhecimento básico a respeito das doenças abordadas, além da clareza com relação ao papel que desempenham frente aos acometidos (Quadro 1).

Quadro 1. Recortes da dinâmica metodológica: o papel do ACS em relação aos acometidos por HAS e DM.

“Orientar sobre a importância dos cuidados com a saúde, alimentação, uso de medicação. Abordando

sobre os riscos e as consequências do não cumprimento dessas orientações.”

“Acompanhar seu tratamento, verificando se estão tendo os cuidados básicos com a medicação, consultas e exames.”

“Eu procuro orientar a forma como devem tomar a medicação, os riscos que a hipertensão trás a saúde, os cuidados com a alimentação. Além de pedir para que cuidem do corpo com exercícios físicos e procurem a UBS para o acompanhamento com o médico e a enfermeira.”

“Realizo a orientação para procurar a Unidade de Saúde, peço também para realizarem atividades físicas, juntamente com uma boa alimentação e não somente focar no uso de medicação.”

Fonte: Projeto PET/UPE, Petrolina/PE 2015.

É durante a visita domiciliar que o ACS percebe as necessidades de saúde da família. Por meio dela, o ACS tem a oportunidade de identificar os problemas e orientar sobre os cuidados de saúde ¹¹. No Quadro 2 encontram-se os relatos dos ACS acerca das diversas dificuldades em trabalhar com hipertensos e diabéticos, já no Quadro 2 estão expostos as sugestões dos mesmos para aumentar a procura da UBS pelos usuários.

Quadro 2. Recostes da dinâmica metodológica: dificuldades em trabalhar com os hipertensos e diabéticos

“A demora para marcar a consulta médica”

“Não encontra-los em casa”

“Moram sozinhos, sendo que alguns são analfabetos, dificultando a adesão ao tratamento”

“Falta de interesse dos usuários”

“Não seguem as orientações dos ACS”

Fonte: Projeto PET/UPE, Petrolina/PE 2015.

Os principais requisitos necessários para que a pessoa seja um ACS são: estar morando na comunidade onde irá atuar e ter, no mínimo, até o Ensino Fundamental; a seleção dos ACS deve ser feita por meio da Coordenadoria Estadual dos programas da ESF, realizada por meio de prova escrita e entrevista. O ACS tem um papel específico no local em que atua, pois conhece os valores, a linguagem e os costumes da comunidade, diferenciando-se dos demais membros da equipe de saúde ^{3,4}.

Portanto, o ACS tem um papel relevante na comunidade em que reside e atua. Ele é o elo de ligação entre os moradores e a ESF. Por residir na localidade de atuação, ele conhece, realmente, os problemas enfrentados pela comunidade, as demandas e necessidades peculiares de cada morador. O ACS tem conhecimento de que a saúde é o resultado das condições de vida, do acesso ao trabalho, à moradia e à alimentação. A educação em saúde pressupõe uma combinação de

oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção das condições que propiciem o bem-estar físico e psicossocial dos indivíduos e o acesso aos serviços de saúde ⁹.

Quadro 3. Recostes da dinâmica metodológica: Sugestões para aumentar a procura da UBS pelos usuários

“Fazer atividades educativas na comunidade como:

- *Café da manhã;*
- *Aferições da pressão arterial, glicemia, mostrar vídeos educativos;*
- *Envolver vários profissionais como: nutricionistas, educador físico e outros”.*

Fonte: Projeto PET/UPE, Petrolina/PE 2015.

Os desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde são sistematizados em seis pontos, a saber: o contexto: implantação do programa; a finalidade: promoção da saúde e da qualidade de vida; a tecnologia: desenvolvimento de um trabalho adequado às necessidades, não só na área da atuação primária, mas no plano das políticas públicas; o trabalho em equipe: integradora, que elabore um projeto de trabalho voltado para a promoção da saúde e para a unidade básica; a identidade: a atuação implica em envolvimento pessoal e desgaste emocional; e a formação: os profissionais voltados para a saúde da família ⁸.

Desta forma, é fundamental que o ACS tenha um bom vínculo com a comunidade, pois, por atuar onde mora, ele poderá ter um relacionamento próximo com as famílias. O ACS passa por diversas dificuldades no exercício de sua profissão, a situação precária da comunidade, a falta de confiança das famílias, a falta de materiais suficiente para suprir as necessidades da comunidade, dentre outros. Portanto, é importante ressaltar que a ESF deve reconhecer a importância do agente comunitário de saúde na localidade em que atua, pois ele é uma ferramenta necessária na relação da comunidade com os serviços de saúde, sendo que as práticas da enfermagem, na atualidade, não se resumem a técnicas generalizadas ^{2,7}.

É necessário dar um atendimento especializado para cada cliente e isso cada ACS faz com dedicação, esmero, hombridade, sigilo e altruísmo; afinal, a saúde é um bem inestimável e zelar pela vida ^{10,12}.

CONCLUSÕES

A vivência deste projeto trouxe benefícios aos envolvidos, pois, através da execução do mesmo foi possível refletir sobre a forma de trabalhar com os usuários e propor novas condutas a

fim de atrair os acometidos por HAS e DM à UBS. Em relação às ACS, essas tiveram boa participação nas atividades desenvolvidas e ficaram comprometidas em continuar a execução das estratégias propostas o qual requer um longo prazo para que possamos avaliar o impacto que este possa trazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança – 2006.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.
3. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(4): 126-34.
4. Menegussi JM, Ogata, MN, Rosalini MHP. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. *Trab. educ. saúde*. 2014; 12: 87-106.
5. Fraga OS. Agente comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe da ESF? . TCC Governador Valadares 2011.
6. Santana JCB et al. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4):645-52.
7. Silva PR et al. Papel da ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. *Vita et Sanitas, Trindade-Go*, n. 03, jan.-dez./2009
8. Frazão PM. Influência de Agentes Comunitários de Saúde na Percepção de Mulheres e Mãe sobre Conhecimentos de Saúde Bucal. *Cienc – Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 131-144, 2006.
9. Levy FM, MATOS PE. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(1) 197-203.
10. Bachilli RG, Scavassa AJ. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008, 13(1): 51-60.
11. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um Programa de Educação com Agentes Comunitários de Saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. [online]. 2007, vol.11, n.23, p. 439-447.
12. Silva JÁ, Dalmaso ASW. O Agente Comunitário de Saúde e suas Atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2002; 6(10): 75 – 96.