

## **PERFIL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AS AÇÕES DE CUIDADO AOS CLIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL<sup>1</sup>**

### ***PROFILE OF THE COMMUNITY HEALTH AGENTS AND THE CARE ACTIONS TO THE CLIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION***

### ***PERFIL DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE LA SALUD Y LOS CUIDADOS TOMADOS CON LOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL***

KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO<sup>2</sup>  
ALACOQUE LORENZINI ERDMANN<sup>3</sup>

*Trata-se de um estudo quantiquantitativo. Teve por finalidade analisar os resultados das ações de cuidado à saúde, executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Envira/AM, junto a clientes com Hipertensão Arterial (HA), por meio de sua aderência às orientações e tratamentos recomendados. Inicialmente, a enfermeira realizou uma capacitação com os ACS sobre HA. Após, fez visitas domiciliares aos clientes acompanhados pelos ACS para analisar o trabalho dos ACS junto aos mesmos. Concluiu-se que as ações desenvolvidas pelos ACS junto a clientes com HA promovem o cuidado à saúde na prevenção e tratamento da doença. As orientações fornecidas aos clientes e seus familiares quanto à prática de atividade física, redução da ingestão de sódio, redução/abandono da ingestão de álcool e fumo, demonstram que os ACS possuem conhecimentos adequados sobre hipertensão e que estão bem próximos das pessoas, estimulando-as a continuar o tratamento, orientando-as prontamente quando necessário.*

**UNITERMOS:** Hipertensão; Assistência ao Paciente; Agente comunitário de saúde; Promoção da saúde.

*This study was conducted using a qualitative approach. The objective was to analyze health care actions performed by Community Health Agents (CHA) in the city of Envira, in the Brazilian State of Amapá, with clients suffering from Arterial Hypertension (AH), analyzing their adherence to the guidance provided and to the treatments recommended. Firstly, capacitation training was conducted by the nurse with the CHA about AH. Afterwards, the nurse made home visits to the clients assisted by the CHA to analyze the effect of the CHA's work. It was concluded that the actions developed by the CHA with clients with AH promote health care in the prevention and treatment of the illness. The guidelines offered to the clients and their families regarding physical activity, reduction in the ingestion of sodium, reduction/complete cessation of the ingestion of alcohol and tobacco demonstrated that the CHAs present adequate knowledge about hypertension and that they are individuals that stand very close to people, stimulating them to continue their treatments and orienting them promptly when necessary.*

**KEY WORDS:** Hypertension; Patient Care; Community health agent; Health promotion.

*Se trata de un estudio del tipo cuantitativo. Tuvo por finalidad analizar los resultados de las acciones tomadas con relación a los cuidados con la salud, ejecutadas por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) del distrito de Envira/AM, con pacientes portadores de hipertensión arterial (HA), cuando adhieren a las orientaciones y a los tratamientos recomendados. Inicialmente, la enfermera realizó una capacitación con los ACS sobre HA. Luego se realizaron visitas domiciliarias a los clientes acompañados por los ACS para analizar el trabajo de estos últimos junto a los clientes. Se concluyó que las acciones realizadas por los ACS junto a los clientes con HA promueven el cuidado a la salud en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Las orientaciones ofrecidas a los clientes y sus familiares en cuanto a la práctica de actividad física, reducción de la ingestión de sodio, reducción/abandono de la ingestión de alcohol y tabaco, demuestran que los ACS poseen conocimientos adecuados sobre hipertensión, y están próximos a las personas, estimulándolas a continuar el tratamiento; orientándolas prontamente si es necesario.*

**PALABRAS CLAVES:** Hipertensión; Atención al Paciente; Cuidado, Agente Comunitario de Salud, Promoción de la Salud.

<sup>1</sup> Texto elaborado tendo como base parte dos dados da Monografia intitulada: Contribuição dos agentes comunitários de saúde do município de Envira na atenção a clientes portadores de hipertensão arterial: a adesão ao trabalho dos ACS; apresentada ao Ministério da Saúde/CNPq e a Universidade Estadual do Amazonas – UEA – para o título de Especialista em Saúde da Família, no Estado do Amazonas – Manaus – 2003.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista CNPq. keyla@nfr.ufsc.br

<sup>3</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem pela UFSC. Profª. Titular do NFR/CCS/UFSC. Pesquisadora CNPq.

## INTRODUÇÃO

Este estudo versa sobre a experiência vivida com Agentes Comunitários de Saúde – ACS, a partir do trabalho desenvolvido pela enfermeira/supervisora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município de Envira/AM, vinculada ao Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS.

O PACS foi criado pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (MS/FNS) em 1991, com o objetivo de contribuir para a descentralização das ações de saúde, visando a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS<sup>1</sup>.

O MS/FNS ao criarem o PACS, pretendem dar conta da assistência deficiente na demanda da atenção básica, melhorando, através dos ACS, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, visando contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde<sup>2</sup>.

O ACS é portador de muitas informações de cunho prático em função da convivência diária na comunidade onde atua, com condições, portanto, para explorar as circunstâncias que determinam o processo saúde-doença, criando assim alternativas para facilitar intervenções de cunho preventivo das doenças<sup>3</sup>.

O PACS está vinculado às coordenações em níveis nacional, estadual e municipal, cabendo ao município a supervisão e o acompanhamento direto do trabalho do ACS. Os ACS são pessoas leigas, da comunidade onde exercem suas atividades. Desenvolvem atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares regulares, ações educativas individuais e coletivas nas comunidades.

No estado do Amazonas, o Programa foi implantado em 1998. Desenvolve-se em todos os 62 municípios que compõem o Estado, totalizando 5.051 Agentes Comunitários de Saúde. No Brasil, esse número chega a 182.061 ACS distribuídos em 5.124 municípios, dos 5.560 que compõem o país<sup>4</sup>.

Em Envira, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado em 01 de julho de 1998, em 48 microáreas. Estas áreas foram definidas pelo município, de acordo com o nível sócio-econômico da população. Atu-

almente conta com dezoito microáreas, na área urbana do município, dentre os quais seis pertencem ao Programa da Saúde da Família (PSF), iniciados em fevereiro de 1999. Os dois programas cobrem 100% da população de Envira.

Uma vez que há uma exigência legal de que o PACS seja coordenado por um/a enfermeiro/a e a ele/a cabe a capacitação dos agentes comunitários, como enfermeira instrutora e supervisora deste Programa, programei e realizei treinamento para capacitar os ACS, com a finalidade de qualificá-los para as atribuições determinadas pelo Ministério da Saúde e instrumentalizá-los a serem capazes de acompanhar e promover a saúde das pessoas com as quais exercem suas atividades.

O Agente tem crenças e valores culturais de cuidado semelhante as da comunidade em que trabalha e na qual está inserido. Por isso, conhecer suas crenças é também fundamental, para analisar as aderências às orientações e encaminhamentos feitos pelo ACS em relação à prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), foco deste estudo.

Neste sentido, foi traçado o perfil sócio-sanitário do ACS, um agregador de dados que favoreceu o entendimento das relações que permeiam suas crenças sobre saúde e doença e seu próprio contexto social e sanitário. Isto possibilita compreender melhor as ações que promove no cuidado à saúde da população assistida e, ainda, compreender as atribuições e competências deste novo trabalhador inserido na área da saúde e os resultados a alcançar com seu trabalho.

A escolha da HAS como objeto de estudo decorreu da observação empírica por causa de óbitos residentes no município de Envira em 2001. Observou-se que o maior coeficiente de mortalidade em Envira foi por Acidente Vascular Cerebral – em consequência de HAS.

Além disso, a HAS é uma afecção que, requer a aderência do paciente ao tratamento, principalmente por ser contínuo e de longa duração. A falta de conhecimento acerca da doença e da importância do tratamento, associada a fatores sócio-culturais, tende a manter baixa a participação do paciente no tratamento.

A HAS é uma epidemia moderna que requer um intenso trabalho de prevenção e educação para a saúde, a detecção e tratamento precoces e a promoção de melhor padrão de vida e trabalho do portador. As atividades dos

ACS destacam-se pelas orientações que fornece à comunidade e pelo acompanhamento e cuidado as pessoas que se encontram em tratamento.

Assim, este estudo teve por objetivo traçar o perfil sócio-sanitário dos ACS e analisar os resultados das ações de cuidado à saúde, executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde após o curso de capacitação, junto a clientes com HAS, por meio de sua aderência as orientações e tratamentos recomendados.

### **SITUANDO O REFERENCIAL: O SUS COMO SUBSÍDIO PARA A SAÚDE**

A partir da Constituição de 1988, o Brasil foi palco de uma de suas maiores conquistas sociais, através da criação do SUS, cujos princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde. Deste modo, qualquer estudo que envolva estas questões deve, necessariamente, ter como contexto o SUS.

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público<sup>5</sup>. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar.

O SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como “O Estado de não doença”, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos, com menor ênfase nas causas, cedeu lugar a uma nova concepção centrada na prevenção dos agravos e na promoção de saúde. Deste modo, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens, que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc. Com base nesta nova concepção de saúde, compreende-se que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país; ou seja, há o acertado reconhecimento de que os indicadores de saúde da população devem ser tomados para medir o nível de desenvolvimento do País e o de bem-estar da população<sup>5</sup>.

O SUS é um sistema de saúde de abrangência nacional, porém, coexistindo em seu âmbito subsistemas em cada Estado (o SUS estadual) e em cada município (SUS municipal). A totalidade de ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo os subsistemas municipais, voltados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em suas abrangências estadual e nacional<sup>2</sup>.

O *funcionamento* do SUS faz com que a área de saúde esteja entre as mais democráticas, tendo em vista que, além de comportar um alto grau de participação social, sua gestão é um dos modelos de descentralização com maior êxito nos serviços públicos brasileiros. A participação social é expressa pela existência e pelo funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo.

Os *princípios* que dão base ao SUS são: a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde, por um lado; e por outro seus princípios organizadores que são a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação social<sup>4</sup>.

As leis que criaram o SUS sugeriam a implantação de um novo modelo assistencial, ou, melhor dizendo, previam a construção de um novo desenho institucional para o sistema brasileiro.

Hoje, dentro do modelo de atenção à saúde, divulgado pelo Ministério da Saúde, verifica-se a existência de programas como o Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, criados na intenção de melhorar, não só a saúde, mas a qualidade de vida das famílias de todo o Brasil<sup>6</sup>.

### **PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)**

A idealização do PACS fundamentou-se no cenário internacional das políticas de saúde, tendo como referencial a Carta de Ottawa, documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986.

Seguindo o modelo praticado pelas políticas públicas de saúde no Brasil, que se caracterizou pela criação de estratégias e programas emergenciais na tentativa de aten-

der as demandas do setor saúde, o Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (MS/FNS) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, com o objetivo de contribuir para o processo de descentralização das ações de saúde e a perspectiva de construção e consolidação do SUS<sup>1</sup>. O referido programa foi implantado inicialmente nos estados do nordeste e teve como público alvo o grupo materno-infantil.

O ACS atua como elo entre os serviços de saúde e a comunidade e colabora com o planejamento das ações executadas pela equipe de saúde, uma vez que está em contato direto com as dificuldades e demandas encontradas nas famílias que acompanha. O ACS é um sujeito chave de todo o sistema de saúde comunitário.

O cuidado à saúde se caracteriza pelas atividades de orientações para a preservação da saúde são desenvolvidas pelos ACS em visitas domiciliares realizadas mensalmente as famílias da área de cobertura do programa; além disso, participam de reuniões na comunidade, organizam mutirões, festa da saúde e participam de outros eventos relacionados a saúde como “Campanha do recolhimento de lixo”, “Campanha de Vacinação”, “Feiras de Saúde”, “Dia de Combate a Dengue”, “Encontros de Hipertensos”, entre outras.

Estas atividades aqui citadas servem para dar uma idéia do perfil ocupacional ou profissional que o ACS possui. No entanto, as atividades estão sujeitas a grande variação, uma vez que, são realizadas de acordo com as necessidades apresentadas pelas comunidades onde realizam o trabalho. Suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem realizadas, requerem a atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, aspectos situados no âmbito da intersectorialidade.

O ACS possui um “perfil social fora do comum”, ao utilizar como pré-requisitos a identidade com a comunidade, por ser morador da própria comunidade onde irá atuar, e possuir um “pendor para a ajuda solidária”, ao ser uma pessoa que vive da mesma forma que seus vizinhos, além de orientá-los para a saúde<sup>7</sup>. “O papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia *humana* ou *cultural*” a seu perfil ocupacional e isto é justamente o que o transforma num recurso humano fora do comum. O ACS atua como ponte entre a comunidade e as

instituições de saúde. Mas esta função de ponte pode ser concebida de maneira mais vasta, compreendendo o acesso aos direitos de cidadania de uma maneira geral”<sup>7:8</sup>.

Os Agentes Comunitários de Saúde foram oficialmente inseridos no SUS através da portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997, editada pelo então ministro da saúde César Albuquerque.

Porém, observa-se que a discussão referente à incorporação dos agentes populares de cura como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários, advém de um acontecimento importante e marcante para toda a sociedade brasileira, que foi a IX Conferência Nacional de Saúde. Esta já preconizava, no capítulo referente aos recursos humanos, qualificar agentes comunitários em larga escala para ingresso no serviço público, como ação para a efetiva implementação de uma política de recursos humanos para o SUS<sup>8</sup>.

A partir do final da década de 1970, os agentes populares de cura tinham presença marcante no nordeste do Brasil, onde os índices de mortalidade infantil eram altíssimos tendo como causas a pobreza e a miséria extrema<sup>9</sup>.

Em 1994, foi criada nova estratégia pelo governo federal que visava contribuir para a estruturação do SUS, que é o Programa de Saúde da Família – PSF. Esses programas se constituíram como um setor prestador de serviços e transformador das práticas assistenciais. De um modo geral, os dois programas – PACS e PSF – foram desenvolvidos ao longo dos anos 90 com uma lógica de seletividade de clientela no âmbito do SUS, demonstrando que é perfeitamente possível realizar experiências de focalização dentro de um sistema que, em princípio, é universalista<sup>6</sup>.

## CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

O estudo caracterizou-se por uma pesquisa quantitativa, em que se buscou obter os dados através de aplicação de instrumentos previamente elaborados, realizado com clientes acometidos por Hipertensão Arterial residentes na área urbana do município de Envira, no período estudado – março a setembro de 2003.

\*\* Grifo dos autores.



Do total de 173 pessoas cadastradas no Programa de Hipertensão Arterial, 122 pertenciam a área de abrangência do estudo. Destas, 50% fizeram parte da amostra, ou seja, 61 pessoas. Para a seleção dos sujeitos, foi utilizada a técnica de amostra aleatória simples, através de sorteio.

Visando identificar os resultados das ações de cuidado à saúde, executadas pelos ACS junto a clientes com HAS, buscou-se colher mais subsídios para a proposta de análise desta pesquisa, através da elaboração de três instrumentos: questionário para traçar o perfil sócio-sanitário do ACS; questionário de pré e pós-teste sobre HAS e roteiro de entrevista com os clientes.

Inicialmente foi realizada uma capacitação para os ACS, sobre HAS – proposta com o intuito de melhor prepará-los para o estudo a ser feito. Neste momento foi aplicado o questionário sobre o perfil sócio-sanitário dos ACS que continha questões abertas e fechadas para identificar tempo de trabalho como ACS, atuação na comunidade, situação de saúde dos ACS, visão sobre saúde, doença, entre outros. Antes e após a capacitação aplicou-se o pré e pós-teste para verificar que conhecimentos os ACS detinham a respeito da HAS. O grupo foi formado por 17 ACS dos 18 que integram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde na área urbana do município de Envira.

Após a capacitação, foram realizadas visitas domiciliares aos clientes acompanhados pelos ACS para analisar e registrar em diário o trabalho dos ACS com clientes portadores de HAS. Antes de iniciar a visita domiciliária foi solicitado o “Consentimento Livre e esclarecido” dos clientes pesquisados, mediante exposição do referido projeto de pesquisa. O projeto foi aprovado pelo gestor municipal de saúde, que levou em conta também os aspectos éticos do estudo, pois era o recurso disponível na região para apreciação destes aspectos.

Para a análise, foram feitas várias leituras cuidadosas de todos os registros, para se ter uma visão do todo. As informações foram agrupadas com base nas semelhanças e diferenças entre elas, a partir de cada questão formulada.

Neste estudo, foram adotadas as Diretrizes Internacionais que levam em conta princípios éticos básicos que devem orientar qualquer estudo que envolva o ser humano, a saber: o respeito pela pessoa; a beneficência; a justiça; a fidelidade; a veracidade e a confidencialidade<sup>10</sup>.

## INTERPRETANDO OS RESULTADOS

Para melhor compreendermos os resultados alcançados pelos ACS, optou-se primeiramente por caracterizá-los através do perfil sócio-sanitário, buscando conhecê-los melhor e colher mais subsídios para a proposta de análise desta pesquisa. Posteriormente passamos a apresentação dos resultados apresentados na realização do curso de capacitação, obtidos através do instrumento (pré e pós-teste) destinado a analisar os conhecimentos anteriores e posteriores à capacitação dos ACS sobre hipertensão. Em seguida, apresentamos as características dos hipertensos participantes do estudo para posteriormente apresentarmos uma análise do trabalho dos ACS.

**Desenhando o Personagem ACS.** Durante a realização do estudo sentiu-se a necessidade de caracterizar o grupo de ACS que atua em Envira, AM, uma vez que estes dados complementarão a análise efetuada sobre os resultados obtidos junto aos clientes acompanhados pelos próprios ACS. O questionário foi entregue aos Agentes Comunitários de saúde no primeiro dia de Capacitação para ser devolvido no dia seguinte.

Os dados obtidos através das informações coletadas pelo questionário acerca do perfil sócio-sanitário dos ACS foram divididos em categorias, a saber: caracterização dos sujeitos estudados; participação dos ACS na comunidade; situação sanitária dos ACS; situação econômica da família dos participantes; definição dos participantes sobre saúde e pessoa saudável.

Caracterizando os ACS envolvidos, verificou-se o predomínio do sexo feminino entre os agentes, com 76%. Apenas 24% eram do sexo masculino, demonstrando que as mulheres estão mais inclinadas a buscarem ocupação relacionada ao cuidado, mesmo quando aplicada a comunidade, como, provavelmente, fazem na sua própria casa. A idade dos ACS variou de 20 a 40 anos, havendo predomínio de pessoas jovens, ou seja, 58% encontram-se na faixa etária de 20 a 25 anos.

Em relação ao estado civil, 59% eram casados, sendo que 35% ainda não oficializaram a união, fato este muito comum na região. Os demais se dividiam entre solteiros e separados.

Quanto à escolaridade, todos os 17 ACS possuem o 2º Grau completo. Por determinação do Secretário de Saúde,

aqueles que não haviam completado o 2º Grau até 2001, deveriam fazê-lo em 2002, sob o risco de perder sua função.

A participação dos ACS na comunidade deu-se das mais variadas formas, indo desde a igreja em primeiro lugar com 46% (incluindo pastoral de criança e pastoral do idoso), passando pelo Clube de Mães com 18%, escola dos filhos com 12%.

Em relação às situações sanitárias dos ACS, 70% dos entrevistados referem que tratam a água no domicílio com hipoclorito de sódio; 18% filtram a água e 12% filtram e cloram a água. A rede de abastecimento de água da COSAMA (Companhia de Saneamento do Amazonas) atende aproximadamente 70% da população urbana, com fornecimento regular de abastecimento. Apesar do aspecto potável, não são realizadas análises periódicas para verificação da qualidade da água distribuída. Esta água não é fluoretada e tão pouco clorada. O abastecimento de água também é feito através de poços artesianos.

Em relação ao destino das fezes 82% possuem sistema de fossa séptica para esgoto e 12% possuem fossa séptica ligada a rede de esgoto. Apenas 6% referiu não ter nenhum sistema de esgoto. No destino de lixo destaca-se a coleta pública, com 76% das respostas. Os 24% restantes dividiram-se entre enterramento e queima do lixo.

Quanto à situação econômica da família dos participantes do estudo verificou-se que a renda familiar variou de menos de dois salários mínimos, com 82% das respostas, até 04 salários – 18%; nenhum dos ACS recebe mais do que 05 SM. Em relação à renda mensal dos chefes de família do município de Envira, apenas 18% ganham mais de 02 salários mínimos na zona urbana e 13% na área rural. A maioria da população vive com até 02 salários mínimos de renda mensal. O Estado e a Prefeitura são os maiores empregadores nesta cidade.

A situação do ACS na contribuição financeira na família, é significativa, ou seja, 82% são os provedores do lar cujo salário de ACS é a única fonte de renda da família e apenas 18% referiram ser contribuintes com a renda familiar. Ainda, a maioria, 82% não possui renda extra e 18% referiram receber bolsa escola, pensão alimentícia ou ajuda através de comércio, com venda de estivas.

Buscou-se também, a definição dos ACS sobre saúde/doença e pessoa saudável. Para melhor compreensão, as respostas foram agrupadas em categorias, havendo predomínio de respostas que privilegiaram a preocupação com o corpo, com a mente, com a saúde associada às condições sociais ou com todos os fatores.

Concepção Orgânica ou Biológica, aquela que privilegia a ausência de doenças e os cuidados com o corpo – foi apontada por 19% dos ACS. Alguns exemplos:

*Não ter doenças. (AC 02F \*\*)  
(...) é não depender de medicamentos  
freqüentemente. (AC 06 F)*

Concepção Mental: foi relacionada à postura mental do ACS frente à vida – citada por 13% dos ACS.

*Estar sempre com bom humor. (AC 01M)  
É demonstrar muito amor, carinho, disponibilidade e capacidade de trabalhar. (AC 13F)*

Concepção social: aquela direcionada a forma de trabalhar, viver e relacionar-se na comunidade, apontada em 31% das respostas dos ACS.

*Ter boa moradia e boa alimentação (AC 07F).  
Boa educação, viver feliz, conviver com pessoas alegres, ter um bom trabalho, ter seu salário, etc. (AC 13F)*

Concepções físicas, mentais, espirituais: verificou-se que estas respostas são semelhantes ao conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS – Saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças. 37% dos ACS referiram-se a essa resposta:

*É o bem estar físico, mental e social, viver em ambiente limpo, arejado, se alimentar bem e estar de bem com as pessoas. (AC 17F)  
Saúde é viver bem corporalmente, mentalmente e espiritualmente. (AC 05M)*

\*\*Visando manter o anonimato dos/as agentes comunitários, criamos um código para identificá-los/as, no qual foi utilizado M ou F para o gênero e um número, tomando como base a ordem de análise do questionário de perfil sócio-sanitário.

A partir dessas respostas, pode-se verificar entendimentos diferenciados por parte dos ACS sobre saúde. Há um grupo que se deteve nos aspectos biológicos da doença, centralizando no corpo estar doente. Outro grupo ampliou a concepção ao inserir os aspectos mentais e sociais no cotidiano como forma de ser saudável; e a maioria do grupo, conseguiu agrupar todas essas características em uma só resposta.

**Apresentando o Resultado da Capacitação.** A capacitação em Hipertensão Arterial foi desenvolvida em quatro módulos, no mês de fevereiro de 2003. Os três primeiros módulos foram iniciados com técnicas participativas para educação em saúde. No último dia de capacitação, foi realizada uma revisão de conteúdos abordados; além disso, os ACS foram convidados a responder uma avaliação sobre nossos encontros no momento em que firmaram seu compromisso frente ao cuidado na prevenção e controle da HAS.

Inicialmente foi aplicado um questionário pré-teste a respeito da HAS, para verificar que conhecimentos os ACS detinham sobre o assunto. O grupo demonstrou possuir poucos conhecimentos em relação à sintomatologia, prevenção e tratamento da HAS. Por isso, optou-se por dar maior ênfase aos aspectos físico-sociais da doença, inspirando-se na teoria problematizadora de Paulo Freire. Ao final, isto é, no quarto módulo do curso, procedeu-se a aplicação do pós-teste com as mesmas questões anteriormente aplicadas, para posterior análise do resultado.

As respostas do pré e pós-teste foram analisadas individualmente e categorizados como 'satisfatórias' e 'insatisfatórias'. O número total de acertos foi superior em todas as questões no pós-teste. Todos os ACS responderam ao primeiro e ao último instrumento.

Ao comparar os dois resultados pode-se verificar que houve acréscimo de conhecimentos, através do número menor de respostas insatisfatórias em todas as questões do pós-teste, o que é fundamental para a realização de um bom acompanhamento dos clientes pelos ACS, pois o objetivo da capacitação foi o de instrumentalizar o grupo e analisar sua contribuição para o cuidado na prevenção, controle e tratamento da HAS.

**Características dos hipertensos participantes do estudo.** Desenvolveu-se o estudo com 61 clientes (10 do sexo masculino e 51 do sexo feminino), acometidos por

HAS residentes na área urbana do município de Envira, no período de março a setembro de 2003. A idade dos participantes variou entre 33 a 88 anos, predominando a faixa etária dos 40 aos 50 anos de idade. Deste total, 68% eram casados/as ou mantêm união estável, 3% declararam ser solteiros/as, 13% separados/as e 16% viúvos/as. Ainda, 40% possuíam o primeiro grau incompleto enquanto 59% são analfabetos. Somente 1% havia concluído o 2º grau. Embora muitos clientes sejam analfabetos, grande parte deles participa do EJA (Educação de Jovens e Adultos) com aulas nos finais de semana.

Quanto à renda mensal dos chefes de família do município de Envira, apenas 11% ganham mais de 02 salários mínimos. Como a maioria da população Envirense, esses participantes vivem com 01 salário mínimo de renda mensal, proveniente da aposentadoria ou do trabalho no campo.

Sentimentos e percepções em relação à hipertensão. Por se tratar de uma doença crônica, de tratamento longo e contínuo, que requer mudanças nos hábitos de vida para uma melhoria da qualidade de vida, o "*descobrir-se hipertenso*" trouxe sentimentos negativos em relação a esta nova condição de vida. Estes referiram sentir-se: constantemente doentes – 28%; algum grau de dificuldade/incapacidade para a realização dos trabalhos – 30%; indisposição – 24% das respostas; e por fim, sentem-se bem – 18% das respostas. Ou seja, somente 11 participantes (18%) sentem-se bem em relação à doença, pois conseguiram adaptar-se a esta nova condição de vida.

Também, 35% referiram não receber nenhum tipo de apoio enquanto que 65% dos participantes disseram receber apoio, no sentido de levar para o hospital quando necessário; buscar o remédio na Secretaria de Saúde; fazer remédios caseiros; auxiliar no trabalho de casa, dentre outros.

Notou-se na fala de alguns participantes que a hipertensão, de certa forma, trouxe mais proximidade entre os familiares, como observamos em alguns relatos:

*Minha família fica mais próxima de mim agora, estão sempre perguntando se estou bem (...) isso pra mim é muito bom, demonstra o carinho deles por mim. (HAC 32F)*

*Agora são meus filhos quem cuidam de mim, da minha saúde, eles me auxiliam aqui em casa, fazem as coisas pra mim, buscam meu remédio... . (HAC 28F)*

**Analisando o trabalho do ACS.** Ao questionarmos os participantes sobre as orientações / informações que o ACS realiza a respeito da HAS, 97% dos clientes estudados referem ter recebido orientações dos ACS sobre a doença. As orientações\*\*\* recebidas estavam relacionadas à não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas (38%); a prática de alguma atividade física (76%); a realização de uma dieta mais saudável, com pouca ingestão de sal (81%); ao estresse (23%) e a obesidade (18%).

Perguntou-se aos participantes, se estas orientações o ajudaram em relação a Hipertensão, 91% dos participantes responderam que sim, pois passaram a ter mais cuidados com a doença, seguindo as orientações feitas pelos ACS. Somente 9% dos participantes responderam que as orientações não interferiram em relação à doença.

Da análise das informações obtidas dos clientes com hipertensão a respeito do que pensam sobre o trabalho do ACS, emergiram quatro opiniões distintas: 39% dos participantes consideraram o trabalho importante por fornecer orientações necessárias ao tratamento e prevenção da hipertensão e de outras doenças; 27% dos participantes responderam que o trabalho do ACS é muito bom, pois ajuda a resolver os problemas apresentados na comunidade; 22% considera o trabalho do ACS importante porque este está sempre disposto a ouvi-los “é um ombro amigo”, bem como disse uma das participantes; e, por fim, 12% dos participantes consideraram o trabalho do ACS satisfatório, sem qualquer tipo de comentários.

O acompanhamento feito pelos ACS pode ser traduzido em visitas domiciliares frequentes e em atitudes como deslocação e despendimento ao buscar recursos da própria comunidade que auxiliassem na continuidade do tratamento, em presença motivadora e positiva junto aos hipertensos.

A todos os clientes com HAS foi oferecido atendimento especializado pelo Programa de Hipertensão do município, que consta de consulta médica e de Enfermagem mensal ou de acordo com as necessidades apresentadas pelo cliente;

distribuição de medicamentos; aferição de pressão arterial pelos ACS no mínimo uma vez por semana.

Estes fatos caracterizam a efetividade do serviço de atenção a Hipertensão Arterial. São relevantes por serem legítimos o acesso e a utilização de rotinas e medicamentos no combate a doença, porém não dependem e não estão ligados diretamente à atuação dos ACS.

Quanto à adesão dos clientes ao tratamento médico ou cuidado de Enfermagem e as ações de cuidado à saúde desenvolvida pelos ACS, as quais visam a continuidade do tratamento e a prevenção, observamos que: dos clientes estudados no período observado, 03 interromperam o tratamento (02 mudaram de cidade não havendo registros sobre a continuidade da terapia); 21% passaram a realizar algum tipo de atividade física – frequentando o grupo de caminhadas, que realiza atividades 03 vezes por semana; 67% compareceram a consulta mensal; 48% dos clientes referem ter diminuído a ingestão de sódio na dieta e 91% passaram a fazer uso regular da medicação.

Esses dados levam-nos a questionar se os resultados seriam diferentes, se os padrões culturais e econômicos fossem diferentes na área do Programa. Ou, se nestas áreas não houvesse o trabalho do ACS, como seria a situação real de risco desta população? Se ações de cuidado à saúde como as desenvolvidas pelos ACS não tivessem sido implementadas, como estariam os números da doença em Envira? Entende-se portanto, que o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários junto à população assistida gera diferença a favor destas pessoas. A adesão dos clientes ao trabalho dos ACS não é a desejada teoricamente, porém, é uma contribuição prática para a melhoria da qualidade de vida das pessoas acompanhadas, uma vez que desenvolvem estratégias de controle sobre o indivíduo, ou seja, verificam se ele vai as consultas, se toma a medicação ou não, se realizam algum tipo de atividade física, se controlam a alimentação, além de orientarem cuidados aos familiares para não adquirirem a doença. Estes são alguns exemplos das ações de cuidado à saúde implementada pelo ACS.

As condições de saúde apresentadas pelos clientes com Hipertensão podem estar diretamente relacionadas ao estilo de vida que eles levam<sup>11</sup>. Fatores como má alimentação, falta de exercícios físicos, hábito de fumar ou beber,

\*\*\* Os participantes destacaram mais de uma orientação em relação a sua doença.



más condições de moradia, dentre outros, aumentam o risco de ocorrência das doenças. Portanto, as condições de saúde estão diretamente relacionadas à estrutura social existente, sendo talvez consequência do modo de reprodução presente na sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que as ações de cuidado à saúde, desenvolvidas pelos ACS com os clientes portadores de HAS, contribuem para a prevenção e tratamento da doença. As orientações que o ACS fornece aos doentes e seus familiares quanto à prática de atividade física, redução da ingestão de sódio, controle de peso, redução ou abandono da ingestão de álcool e fumo, demonstram que o ACS possui conhecimentos adequados sobre hipertensão e é alguém que está bem próximo das pessoas, estimulando-as a continuar o tratamento e orientando-as prontamente quando necessário.

Entre os critérios utilizados para proceder a análise dos resultados das ações dos ACS – o perfil sócio-sanitário dos ACS – ajudou a mostrar que sua concepção sobre saúde contempla aspectos biológicos, mentais e culturais pertinentes a função que executa. A capacitação que recebe continuamente do/a enfermeiro/a é fator determinante para que isso ocorra.

A capacitação realizada por uma enfermeira com os ACS mostrou-se como um pré-requisito para que seu trabalho seja efetivo, ou seja, é necessária para que se avalie seu desempenho, uma vez que, sem ela, não se pode proceder a avaliações e educação continuada. O pré-teste demonstrou que o ACS possuía poucos conhecimentos anteriores sobre HAS e que a capacitação implementada veio reforçar sua condição prévia e ajudar nas orientações, de modo a conduzir uma evolução positiva da HAS. De acordo com o relato de um ACS, a capacitação serviu como ferramenta para a melhor execução do seu trabalho.

A adesão dos clientes acompanhados pelos ACS foi menor do que o esperado teoricamente, porém não totalmente desfavorável, uma vez que alguns clientes passaram a ter hábitos de vida melhores, com boas perspectivas de vida. Entretanto, a situação social apresentada pelos clientes mostrou o quanto esta tem relação na determinação do processo saúde-doença, podendo comprometer significativamente os resultados.

O ACS seria um recurso simplificado e tecnologicamente adequado, utilizado para alcançar os fins de uma política de *bem estar* nas comunidades carentes<sup>3</sup>. Entendido dessa forma, o ACS está adequado cultural, econômica e tecnologicamente à proposta implementada pelo PACS. Deste modo, o ACS é um trabalhador oriundo da comunidade à serviço do Estado sob a orientação dos profissionais da saúde.

A partir dessas colocações, o ACS pode ser considerado, um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade, entre as necessidades de saúde e pessoais, entre o conhecimento popular e científico sobre saúde, entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado<sup>7</sup>.

Porém, o sucesso da promoção a saúde depende não somente da ação adequada dos profissionais e ACS. Para atingir integralmente a população, as ações preventivas de cuidado à saúde devem começar ao nível da estrutura sócio-econômica, a qual deve ser anterior à ação dos especialistas. Neste sentido, a intervenção aqui apontada implica no fortalecimento de programas de educação para a saúde, que tenham como estratégia a formação dos indivíduos para a adoção de práticas positivas em relação à própria saúde. Desta forma, os ACS são chamados a atuarem prioritariamente junto às pessoas, lembrando-as de seu compromisso com o cuidado da sua própria saúde e dos cidadãos de sua comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Programa de agentes comunitários de saúde – PACS. Brasília; 1994.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília; 1997.
3. Hahn GV. A contribuição do Programa de Agentes Comunitários da Saúde à população assistida: a tuberculose como doença – índice para avaliação [dissertação] Florianópolis (SC): Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2000.
4. Ministério da Saúde (BR). Programas e projetos [online]. [Acesso em 2002 set 16] Disponível em: URL:

- <[http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cmf?id\\_area149](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cmf?id_area149)>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília;2000.
  6. Pereira MJF, Erdmann AL. A importância do agente comunitário de saúde na comunidade da vargem grande [especialização] Florianópolis (SC): Curso de Especialização em Gestão de Organização de Saúde, CAD/CSE/UFSC; 2004.
  7. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis, o Agente Comunitário de Saúde. São Paulo; 2000.
  8. Souza ML, Prado ML. A epidemiologia como suporte para a assistência de enfermagem contribuição ao debate. *Texto & Contexto Enfermagem* Florianópolis, 1993 jan-jun; 2(1):93-9.
  9. Carvalho JMPL. Entre a zona canavieira e o sertão de Pernambuco: um projeto de educação e saúde. In: Minayo MCDS. *A saúde em estado de choque*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1986.
  10. Secaf V. Artigo científico: do desafio à conquista. São Paulo: Reis Editorial; 2000.
  11. Fonseca RMGS. A vigilância epidemiológica no contexto histórico-metodológico da epidemiologia social. *Texto & Contexto Enfermagem* 1994 jul-dez; 3(2):58-79.

RECEBIDO: 02/02/05

ACEITO: 05/08/05