

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) – NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIA EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JOSE DANTAS CHAVES**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: Educação permanente para  
atuação profissional em diabetes na UBS de Pedrinhas, distrito de Icó/CE**

**FORTALEZA/CE**

**2017**

**JOSE DANTAS**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: Educação permanente para atuação profissional em diabetes na UBS de Pedrinhas, distrito de Icó/CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) – Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Me. Wilson Eduardo Cavalcante Chagas

**FORTALEZA/CE**

**2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- C438a Chaves, José Dantas.  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE : Educação permanente para atuação profissional em diabetes na UBS de Pedrinhas, distrito de Icó/CE / José Dantas Chaves. – 2017.  
27 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2017.  
Orientação: Prof. Me. Wilson Eduardo Cavalcante Chagas.

1. Autocuidado. 2. Diabetes Mellitus. 3. Agentes Comunitários de Saúde. I. Título.

CDD 362.1

**JOSE DANTAS**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: Educação permanente para atuação profissional em diabetes na UBS de Pedrinhas, distrito de Icó/CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) – Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Examinador (a)

Titulação

---

Examinador (a)

Titulação

---

Examinador (a)

Titulação

## RESUMO

O Programa de Agente Comunitário de Saúde foi elaborado com o objetivo de prestar assistência integral e contínua, tanto no âmbito da unidade de saúde quanto em domicílio. Assim, o Agente Comunitário de Saúde é um componente fundamental para a Estratégia de Saúde da Família, fazendo a diferença na adesão ao tratamento e na orientação da comunidade sobre os cuidados necessários para o diabetes. Este distúrbio é conceituado por um estado hiperglicêmico, acompanhado de complicações agudas e crônicas, que podem incluir dano ou falência de órgãos, especialmente de rins, olhos, coração e vasos sanguíneos. É considerado um importante problema de saúde pública devido aos altos índices epidemiológicos e ao impacto negativo, causado pelas complicações que levam o indivíduo a invalidez precoce, diminuição da qualidade de vida e sobrevida dos doentes, além dos altos custos com hospitalizações quando não há o controle pela atenção primária. Nessa perspectiva, o presente estudo trata de um plano de intervenção que tem como objetivo capacitar os ACS através da educação permanente com foco na assistência ao diabetes. Portanto, espera-se que essa intervenção seja uma ferramenta que auxilie na adesão plena dos diabéticos quanto à necessidade de alterações no estilo de vida, sendo ofertadas as informações e atenção prestada pelo ACS. Ressalta-se que a assistência ao diabético com ênfase no autocuidado tem sido uma alternativa encontrada no sentido de não só estimular o cliente a participar ativamente no seu tratamento como também aumentar sua responsabilidade nos resultados da assistência. Diante dos dados referidos, espera-se que o presente estudo traga benefícios à população e aprimore nosso conhecimento.

**Palavras - Chave:** Autocuidado; Diabetes Mellitus; Agentes Comunitários de Saúde.

## **ABSTRACT**

The Community Health Agent Program was developed with the objective of providing integral and continuous assistance, both within the health unit and at home. Thus, the Community Health Agent is a key component to the Family Health Strategy, making a difference in adherence to treatment and community guidance on the care needed for diabetes. This disorder is conceptualized by a hyperglycemic state, accompanied by acute and chronic complications, which may include damage or failure of organs, especially the kidneys, eyes, heart and blood vessels. It is considered an important public health problem due to the high epidemiological indexes and the negative impact caused by the complications that lead the individual to early disability, decrease of the quality of life and survival of the patients, besides the high costs with hospitalizations when there is no control Primary care. In this perspective, the present study deals with an intervention plan that aims to train CHWs through permanent education focused on diabetes care. Therefore, it is expected that this intervention is a tool that assists in the full adherence of diabetics to the need for lifestyle changes, offering the information and care provided by the ACS. It should be emphasized that care for the diabetic with emphasis on self-care has been an alternative found in the sense of not only stimulating the client to participate actively in their treatment but also increase their responsibility in the results of care. Based on these data, the present study is expected to bring benefits to the population and improve our knowledge.

**Keywords:** Self Care; Diabetes Mellitus; Community Health Workes.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. PROBLEMA.....	10
3. JUSTIFICATIVA.....	12
4. OBJETIVOS.....	13
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6. METODOLOGIA.....	18
7. CRONOGRAMA.....	22
8. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	23
9. RESULTADOS ESPERADOS.....	24
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

## INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. As consequências do Diabetes Mellitus (DM) a longo prazo decorrem de alterações micro e macro vasculares que levam as disfunções e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2008).

Dados epidemiológicos comprovam, que atualmente 11% da população igual ou superior a 40 anos, sejam diabéticos, o que representa cerca de 1 milhão e meio de portadores, onde o Diabetes Mellitus tipo 1 contribui com uma parcela de 5% a 10% em pacientes abaixo de 27 anos, atingindo principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens (IBGE, 2010).

O diagnóstico do DM é feito através dos sintomas clássicos da doença que são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso, ou seja, a doença dos 4 “Ps”, apresentando também outros sintomas, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções repetidas (SMELTZER; BARE, 2011). Através desses vários sintomas são realizados exames laboratoriais para comprovar níveis glicêmicos, onde o percentual tolerado é até 99 mg/dl, outro exame de suma importância é a hemoglobina glicada, que avalia o controle glicêmico a longo prazo (BRASIL, 2006).

O tratamento específico visa a compensação metabólica, e adoção de um novo estilo de vida, onde o autocuidado com monitorização, terapia medicamentosa, comportamental alimentar e prática de atividade física regular são fatores que contribuem para um controle melhor da doença.

O Diabetes Mellitus por ser uma doença crônico-degenerativa, merece atenção da equipe saúde da família, ao compreender a importância do papel realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) na comunidade a qual está inserido, é imprescindível capacitá-los para que desenvolva orientações pertinentes para indução do autocuidado, prevenção de complicações, e adaptação de um estilo de vida que favoreça uma melhor qualidade de vida.



## **JUSTIFICATIVA**

Este trabalho surge a partir do entendimento da problemática decorrente do elevado número de portadores de Diabetes mellitus, e que, muitas vezes, não procuram por atendimento médico. Neste caso, o Agente Comunitário de Saúde, que é os olhos e os ouvidos da estratégia saúde da família de Pedrinhas – Icó e está sempre atento na comunidade, pode e deve oferta aos pacientes as informações necessárias para conscientizar sobre a doença, as complicações decorrente do não tratamento e incentivar a realização do autocuidado.

Assim, ao considerar o Diabetes como um problema de saúde pública que vem acometendo pessoas de várias faixas etárias, não sendo mais considerada uma doença típica do envelhecimento, e a importância do ACS na comunidade, no processo de trabalho e na procura e adesão ao tratamento para reduzir as complicações da doença e promover uma melhor qualidade de vida ao usuário justifica-se a relevância de implementar um curso de capacitação para os ACS.

## **OBJETIVO**

### **OBJETIVO GERAL**

Capacitar os agentes comunitários de saúde da UBS Pedrinhas do distrito de Icó - Ce.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Averiguar o conhecimento dos ACS a cerca da patologia e suas complicações;
- Ofertar aos ACS subsídios para identificação precoce dos fatores de possíveis complicações da diabetes;
- Capacitar os ACS sobre o diabetes mellitus, sinais e sintomas, complicações, tratamentos e forma de prevenção.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Após a Reforma Sanitária, a saúde no Brasil passou a ter uma nova imagem, evoluindo com a criação do SUS e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A qual foi uma das principais, senão a mais importante das estratégias criadas em relação à assistência básica à saúde. Na perspectiva inicial do PACS, o ACS surgiu como um elemento de ligação entre unidades de saúde e população, atuando no cadastramento dos indivíduos moradores de uma área determinada e desenvolvendo ações ligadas a educação em saúde, acesso aos serviços e participação social (BRASIL, 1991).

A primeira experiência vivida com os Agentes de Saúde foi no estado do Ceará, em 1987, onde foi implantado o Programa de Agentes de Saúde (PAS), com recursos próprios e vinculados à Secretaria de Saúde do Estado. Esta experiência resultou na redução de alguns indicadores de morbi-mortalidade, além da melhora referente à prestação de serviços. Dentre os indicadores, podemos citar a redução da mortalidade infantil, o aumento ao acesso da população às unidades, o incremento da cobertura vacinal das crianças, o maior incentivo ao aleitamento materno, a redução da desnutrição infantil e o acompanhamento das gestantes, incentivando-as a realizar o pré-natal (LOTTA, 2006).

Foi então que o Ministério da Saúde, em 1991, instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS em vários estados do país, com repasse de recursos e normatização comum para todos eles. Foi uma das primeiras estratégias relacionadas à mudança do modelo de assistência à saúde, principalmente porque a partir desse programa começou a haver um intermediário entre as comunidades e os serviços de saúde (BRASIL, 1991).

Atualmente no Brasil existem mais de 200 mil agentes comunitários de saúde, tendo o compromisso de melhorar a qualidade de vida das pessoas com ações de promoção e vigilância em saúde (BRASIL, 2009).

No entanto, o Brasil seguiu enfrentando desafios na área da saúde, almejando um sistema de saúde integral e equânime, que atenda às

necessidades de sua população. Nesta perspectiva, surge o Programa Saúde da Família (PSF), buscando a aproximação entre serviços/sistema e usuários/necessidades, promovendo o diálogo entre equipe multiprofissional e usuário (SAITO, 2008)

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo o Ministério da Saúde após o grande êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas áreas rurais, periféricas e urbanas das regiões norte e nordeste de todo país. Atualmente, o PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (NASCIMENTO; CORREIA, 2008).

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo ainda uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (SILVA; DALMASO, 2002).

O programa apresentava propostas que iriam melhorar a capacidade da população para cuidar de sua saúde por meio do conhecimento e de informações recebidos pelos Agentes. Desta forma, o programa se propunha a capacitar os Agentes para executarem os trabalhos de atenção à saúde, garantindo cuidados à população e contribuindo para aumentar a atenção à saúde (LOTTA, 2006).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como principal objetivo reorganizar o sistema de atenção básica a saúde, visando principalmente à reversão do modelo assistencial vigente, em sintonia com o SUS para melhor promover saúde à população. Têm como critérios atender a uma população de 600 a 1.000 famílias, correspondendo a no máximo 4.000 habitantes (SAITO, 2008).

## **PRINCIPAIS ENFOQUES SOBRE O DIABETES**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o diabetes uma epidemia. O diabetes é considerado um problema de saúde pública, pois atinge grande parte da população, surge em qualquer idade, está associada a sérios problemas de saúde, como os problemas cardiovasculares e, se não controlada, pode provocar sérias complicações, como neuropatia, nefropatia e amputações (BRASIL, 2013).

O Diabetes Mellitus está atingindo proporções epidemiológicas em todo o mundo. Em 1985, havia cerca de trinta milhões de pessoas com diabetes. Atualmente, existem mais de cento e noventa milhões de pessoas com a doença. Em 2025, a Organização Mundial de Saúde (OMS) projeta um valor aproximadamente de trezentos milhões de portadores de diabetes. No Brasil calcula-se que em 2025, existirão cerca de onze milhões de diabéticos. Isso representará um aumento de mais de 100% em relação aos atuais, onze milhões registrados no ano de 2001. No final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre faixas de 30-39 e 60-69 anos. A prevalência da tolerância a glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias (BRASIL, 2006).

Smeltzer e Bare (2011) comentam que as taxas de hospitalização dos diabéticos são as maiores da população e estas aumentam a cada ano, ainda enfatiza que o custo econômico do diabetes continua a subir por causa dos crescentes custos de saúde e de uma população em envelhecimento. Metade de todas as pessoas com diabetes acima de 65 anos de idade são hospitalizadas a cada ano, e as complicações graves e com risco de vida contribuem para as taxas aumentadas de hospitalização.

Diabetes Mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), decorrente dos efeitos na secreção ou na ação da insulina (SMELTZER; BARE, 2011).

Diabetes Mellitus é considerada uma das principais doenças crônicas, não transmissível, que vem afetando milhares de pessoas em todo o mundo, configurando-se em um problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando, alcançando proporções epidêmica (SILVA

COSTA, 2008). A competência da saúde pública não é só assegurar o direito de cada indivíduo à saúde, mas se amplia no sentido de contribuir para a solução de problemas do desenvolvimento econômico e social (BRASIL, 2013).

De acordo com Kumar, Abbas e Fausto (2005), as principais classificações do diabetes são: tipo 1: Diabetes Mellitus insulino-dependente – um distúrbio metabólico caracterizado por ausência de produção e secreção de insulina devido à destruição autoimune das células beta das ilhotas de LANGERHANS no pâncreas, levando a deficiência absoluta de insulina. Este tipo é rapidamente progressivo e comumente observado em crianças e adolescentes, porém pode ocorrer também em adultos jovens.

Os mesmos autores afirmam que o DM Tipo 2 consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por deficiência relativa na produção de insulina, redução na sua ação e maior resistência a esse hormônio. Há uma diminuição na resposta dos receptores de glicose presentes no tecido periférico à insulina, levando ao fenômeno de resistência à insulina. As células beta do pâncreas aumentam a produção de insulina e, ao longo dos anos, a resistência à insulina acaba por levar as células beta à exaustão.

Outra classificação refere-se ao diabetes gestacional que é definido como qualquer grau de intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, significa que durante a gravidez a futura mãe começa a apresentar elevadas taxas de glicose no sangue. Uma vez tenha aparecido, o diabetes gestacional dura até o final da gravidez (SMELTZER; BARE, 2011).

O hormônio insulina ajuda a transportar o açúcar da circulação sanguínea para dentro das células. No Diabetes Gestacional, o corpo não responde bem à ação da insulina, a menos que a insulina possa ser produzida ou possa ser suprida em maiores quantidades. Na maioria das mulheres, o problema se resolve quando a gravidez termina, mas as mulheres que tiveram Diabetes Gestacional têm maior risco de desenvolver o diabetes tipo 2 com o passar do tempo (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Segundo Smeltzer e Bare (2011), as manifestações clínicas de todos os tipos de diabetes incluem os quatro “Ps”, poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. A poliúria (micção aumentada) e a polidipsia (sede aumentada)

ocorrem em consequência da perda excessiva de líquido associado à diurese osmótica. O paciente também pode apresentar polifagia (aumento do apetite).

Os outros sintomas compreendem fadiga e fraqueza, alterações visuais súbitas, formigamento ou dormência nas mãos ou pés, pele seca, lesões cutâneas ou feridas que exibem cicatrização lenta, além de infecções recorrentes.

De acordo com Ohara e Saito (2008), os distúrbios da patologia compreendem: cefaléia, inquietude, irritabilidade, palidez, sudorese, taquicardia, confusões mentais, desmaios, convulsões e até o coma. Se não houver um bom controle da doença podem surgir complicações como problemas de visão (retinopatia), problemas nos rins (nefropatia) e problemas neurológicos (neuropatia). As complicações a nível cerebral ocorrem porque o cérebro depende da glicose pela demanda excessiva de energia que as funções cerebrais necessitam.

Dentre as complicações agudas e crônicas do diabetes está a hipoglicemia, ou seja, a diminuição da taxa de glicose sanguínea, que pode acarretar vários danos. A grande maioria das hipoglicemias é leve e facilmente tratável pelo próprio paciente. A hipoglicemia pode ser grave quando o paciente ignora ou trata inadequadamente suas manifestações precoces, quando não reconhece ou não apresenta essas manifestações, ou quando a secreção de hormônios contra reguladores é deficiente. Todo esforço deve ser feito para prevenir tais hipoglicemias graves ou tratá-las prontamente (BRASIL, 2008).

Outra complicação do diabetes é a hiperglicemia, que compreende o aumento de glicose sanguínea ocasionando a cetoacidose que é causada por uma ausência ou quantidade acentuadamente inadequada de insulina. Esse déficit na insulina disponível resulta em distúrbios no metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios. A cetoacidose é uma complicação potencialmente letal, com índices de mortalidade entre 5 a 15%. Estima-se que 50% dos casos possam ser evitados com medidas simples de atenção. Os principais fatores precipitantes são: infecção; omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar, uso de medicação hiperglicemiante, Acidente Vascular Cerebral (AVC), infarto ou trauma (FOSS-FREITAS; FOSS, 2003).

A cetoacidose em evolução com presença dos sintomas como: polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, visão turva, náuseas e dor

abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental, requer tratamento imediato. As complicações do diabetes a longo prazo afetam quase todo sistema orgânico do corpo, onde ocorre alterações macro e microvascular. As complicações macro vasculares diabéticas resultam de alterações nos vasos sanguíneos, espessam-se sofrendo aterosclerose. A cardiopatia coronariana, a doença vascular cerebral e a doença vascular periférica são também complicações que ocorrem (SMELTZER; BARE, 2011).

Os mesmos autores comentam que a cardiopatia coronariana em pacientes diabéticos não apresenta os sintomas isquêmicos típicos, ou seja, não experimenta os sinais de advertência, ocorrendo infarto do miocárdio (silencioso), onde os vasos sanguíneos cerebrais são afetados de maneira similar pela aterosclerose. As alterações nos vasos sanguíneos dos membros inferiores são responsáveis pela incidência de gangrena e subsequente amputações nos pacientes.

As complicações microvasculares são próprias do diabetes, os órgãos afetados por essas alterações são a retina e os rins, onde a retinopatia em diabetes é a principal causa de cegueira em pessoas entre 20 e 70 anos de idade (SILVA; COSTA, 2008).

A neuropatia diabética refere-se a um grupo de doenças que afetam todos os tipos de nervos, inclusive os nervos periféricos (sensório-motores), autônomos e espinhais. Os dois tipos mais comuns de neuropatia diabética são: polineuropatia sensório-motora e a neuropatia autônoma.

O desenvolvimento de uma úlcera de perna ou de pé diabético começam com a lesão dos tecidos moles, ou em uma área de pele seca ou formação de calosidade passando despercebida até que uma infecção grave tenha se desenvolvido. O tratamento das úlceras diabéticas envolve o repouso no leito, antibióticos e debridamento (CAIAFA *et al.*, 2011).

Mediante o exposto, nota-se que as complicações a longo prazo nos pacientes diabéticos são devastadoras, onde vários órgãos podem ser afetados como os rins, levando o paciente a fazer hemodiálise, a retinopatia, causando cegueira e as doenças vasculares como infarto, AVC que matam milhares de pessoas por ano. O pé diabético, outra complicação em longo prazo, traz



consequências traumáticas e psicológicas para esses portadores (CAIAFA *et al.*, 2011).

Referente ao assunto abordado o autocuidado nessa condição é um tema especialmente importante, onde as ações cotidianas do tratamento são postas em prática pela própria pessoa ou seu cuidador, diante de orientações recebidas. Por isso a importância dos profissionais da atenção básica ao abordar esse tema. Portanto o diabetes é considerado uma doença crônica, em que a pessoa acometida necessita de cuidados como alimentação adequada, exercícios físicos, minimizar o estresse do dia-a-dia e controlar a glicemia. O paciente requer uma orientação intensiva e extensa com a finalidade de prepará-lo para o autocuidado.

## **O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Os Agentes Comunitários de Saúde se transformaram em uma força de trabalho imprescindível para a implantação do SUS em seus princípios básicos de universalidade e integralidade, pois eles irão fortalecer a integração entre os serviços de Atenção Primária à saúde e a comunidade (MOROSINI *et al.*, 2007).

Sua atuação está diretamente ligada ao indivíduo, identificando as situações mais comuns de risco em saúde e encaminhando para as equipes de saúde a responsabilidade do atendimento destes indivíduos. Com isto os ACS colocam em ação os conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais (VASCONCELOS, 2010).

Após certo tempo, o trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde ganhou um grande espaço na saúde, por isto obteve à necessidade de aumentar a cobertura dos serviços e desenvolver ações para reverter à situação epidemiológica de algumas doenças mais prevalentes e ninguém mais próximo da família e da comunidade do que o ACS para participar efetivamente dessas ações (ESPINOLA; COSTA, 2006).

Nesse sentido, inserir o ACS na ESF só contribui para a concretização

do processo de integralização da saúde através da descentralização das ações de promoção e prevenção, pois através das visitas domiciliares os Agentes Comunitário de Saúde, detectam problemas que possam interagir na saúde juntos, comunidade e serviço, e a partir daí propor estratégias de minimizar ou eliminar os riscos (BRASIL, 1998).

Percebendo a expansão do PSF que se consolidou como Estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria MS/GM nº2.488, de 21 de outubro de 2011, em que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)(BRASIL, 1998). Apresentando as atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais do agente comunitário de saúde:

- I – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- II – cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;
- III – orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV – realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V – acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
- VI – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII – estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao

acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. Portaria MS/GM nº2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011, p.5-6).

O Ministério da Saúde destaca duas atribuições dos ACS na formação desses profissionais. A primeira, afirma que os ACS devem "orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde" e a segunda, salienta que eles devem "informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades" (BRASIL, 1998).

Além dessas competências o ACS, no exercício de sua prática, deverá ter capacidade de mobilizar, adquirir conhecimentos, habilidades, como também realizar ações de orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida, interagindo com a Equipe de Saúde da Família (COSTA et al., 2013).

Através da Lei nº 10.507/02, foi criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde e seu exercício dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde. Tendo como destaque:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

I - residir na área da comunidade em que atuar;

II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;

III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º. Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1º. (BRASIL, 2002, p.19)

Nesta perspectiva, faz-se necessário a realização de uma formação profissional, ou simplesmente capacitação para os ACS, onde deverá ser

contínua, periódica e estar relacionada a ações de saúde e organização de ações coletivas, não se limitando apenas a orientações sobre providências para prevenção e controle dos agravos à saúde, e sim, ampliando os ensinamentos para que os mesmos tenham competência, autonomia e responsabilidade comunitária (PINTO; FRANCOLLI, 2010).

A Educação em Saúde proposta nas diretrizes do Programa de Saúde da Família (PSF) constitui uma estratégia para desenvolver reflexão sobre as práticas das equipes de saúde da família. Ela deve ser o alicerce das ações desenvolvidas pelos componentes da Equipe de Saúde da Família (ESF), incluindo os agentes comunitários de saúde (ACS). Ao se falar sobre Educação em Saúde para comunidades é de fundamental importância considerar inter-relações favoráveis entre o saber popular e o científico, de maneira a atender as necessidades da população assistida, mobilizando e estimulando sua participação (BRASIL, 2000, p.11).

Para discutir a questão do processo de formação ou qualificação do ACS é necessário ter 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. Desse modo, a complexidade e a dimensão dos desafios colocados para o processo de formação e qualificação dos mesmos estão intrinsecamente ligados aos aspectos de suas atribuições legais (TOMAZ, 2002).

São inúmeros os desafios a serem enfrentados para esta preparação, tendo em vista que deverão ser incluídos neste processo, treinamentos introdutórios, educação continuada e a sistemática de supervisão adotada pela equipe. 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, incluindo novas tecnologias, como a educação à distância. Além disso, 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 (TOMAZ, 2002).

Portanto, a educação permanente é a alternativa para que os ACS estejam em constante aperfeiçoamento, para que possam interagir com a sua

população de forma coerente, produtiva, ajudando-os nos seus problemas com o processo de saúde-doença e atendendo as suas necessidades (SARRETA et al., 2009).

Assim, a importância da atuação do ACS está em seu papel social de ser mediador entre as distintas esferas de organização de vida social. Nesse sentido, o agente deve ter um papel destacado como promotor de saúde e cidadania. Cabendo aos supervisores dos agentes treiná-los, orientá-los em suas competências, sabendo que o ACS é um profissional essencial para o desenvolvimento da ESF. Por isso, capacitá-lo e valorizá-lo é de fundamental importância, pois proporcionará a toda equipe de saúde e a própria população ações de qualidade (LEME, 2011).

## **METODOLOGIA**

Um grande problema vivenciado na assistência a saúde na UBS do distrito de Pedrinhas – Icó é a falta de procura e de adesão dos usuários que

tem diabetes. Infelizmente, as pessoas ainda não compreenderam a necessidade indiscutível de realizar o tratamento preconizado pelas entidades que estudam e estabeleceram diretrizes e manuais sobre o diabetes. Muitos usuários não aceitam o diagnóstico médico e continuam a ter os mesmos hábitos de vida, não realizando as consultas regulares e a terapia medicamentosa preconizada. Infelizmente, os riscos destes usuários em desenvolver vários problemas graves decorrentes são imensos.

Assim, pretendemos prevenir as formas mais graves das complicações da doença e assim diminuir as taxas de morbimortalidade do distrito em questão, com a realização da educação continuada destinada aos ACS. Ao investir na capacitação desses profissionais, estamos fortalecendo e provendo a saúde da comunidade, uma vez que os ACS estão mais próximos da população, reconhece as necessidades e a situação de saúde de cada família que acompanham, podendo, através do diálogo, incentivar e orientar sobre a adesão terapêutica no tratamento do diabetes mellitus.

Atualmente, o distrito apresenta 10 agentes comunitários de saúde que vem desenvolvendo suas funções com muita primazia. No entanto, percebe-se que necessitam de maiores esclarecimentos a cerca de saberes já absorvidos sobre a doença como também acrescentar outros que são obscuros para maioria.

A capacitação em diabetes contemplará a todos os ACS da unidade que queiram participar. Para incentivar a participação será solicitada à Secretaria de Saúde do município a emissão de um certificado. O curso acontecerá uma vez por semana durante 12 semanas e terá uma carga de 30h. Ele ocorrerá na própria unidade de saúde após o encerramento das atividades profissionais.

A ementa do curso de capacitação aborda discussões sobre a história do SUS e da Estratégia Saúde da Família com base na Política Nacional de Atenção Básica; Processo de trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família; Educação em saúde e Atenção Integral a Saúde do Diabético.

## **CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:**

- 1.HISTORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAUDE.
  - FATORES CONDICIONANTES E DETERMINANTES DE SAÚDE

- 2. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
  - PROGRAMA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
  - EDUCAÇÃO EM SAÚDE
- 3. INFORMACOES GERAIS SOBRE DIABETES MELLITUS
  - EPIDEMIOLOGIA DO DIABETES MELLITUS
  - CLASSIFICAÇÕES DO DM
  - ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO DIABÉTICO, AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO.

A bibliografia a ser utilizada na elaboração do material pedagógico segue logo abaixo:

- MINAYO, MCS. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de saúde coletiva. Cap. 03. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MERHY, EE. Em busca do tempo perdido; a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. Agir em saúde para o público. Cap. 02 São Paulo: Hucitec, 2006. CAMPOS, RTO.; CAMPOS, GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. I Declaração de Alma-Ata. II Carta de Ottawa. III. Declaração de Adelaide. IV. Declaração de Sundswall.V. Declaração de Santafé de Bogotá. VI. Declaração de Jacarta. VII. Rede de Megapaíses. VIII. Declaração do México. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. 2001
- MOROSINI, MVGC, CORBO, AMD, GUIMARÃES, C. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas Voltadas para a Atenção Básica: concepções do Trabalho e da Formação Profissional. In: FONSECA, AF e STAUFFER, AB (Org.). O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ, 2007.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2005.
- LUC F VAN GAAL, L. F.; GUTKIN, S. W.; NAUCK, M. A. Exploiting the antidiabetic properties of incretins to treat type 2 diabetes mellitus: glucagon-like peptide 1 receptor agonists or insulin for patients with inadequate glycemic control? *European Journal of Endocrinology*, v. 158, p. 773 – 784, 2008.

Apesar da importância do ACS para atenção primária, os mesmos vêm enfrentando várias barreiras para uma melhor realização dos trabalhos, como falta de material, baixos salários, falta de EPIs, falta de qualificação e etc.

Compreendendo a importância do agente comunitário de saúde (ACS), e sua atuação na comunidade e na equipe da ESF, julgamos necessário capacitá-los, por estes serem a porta de entrada, os “olhos” da UBSF, e para que os mesmos tivessem subsídios teórico/prático para a busca ativa e rastreamento da população ainda desassistida pelo programa de Saúde da Família. Acreditamos que o plano de ação é enriquecedor para os ACS, para a comunidade, e para a ESF, contribuindo para a melhoria da assistência prestada aos usuários.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se que o plano de ação proponha uma melhoria na assistência prestada aos clientes da UBS, como também promova melhor interação entre usuário, ACS e UBS, reafirmando a importância de dialogar e valorizar cada



profissional do serviço de saúde. Além disso, esperamos que o plano de ação venha contribuir para ampliar o conhecimento pelos ACS e reforçar a necessidade de investir na educação continuada para os profissionais da saúde, uma vez que a ciência é sempre dinâmica.

## VIABILIDADE

A implantação do plano de ação gerará poucos gastos de ordem econômica para a sua execução, sendo, portanto, solicitada à secretaria de saúde o seu financiamento. Estima-se que os gastos variáveis sejam decorrentes de xerox, e de alimentos para o *coffe break*. Outros gastos como: energia e água já são custos mensais arcados pelo município, e o seu uso nas atividades de capacitação se dará de forma racional.

## CRONOGRAMA

ELABORAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO ATIVIDADES	2017		
	JAN	FEV	MAR
Elaboração do material para a educação permanente			
Educação em saúde realizado com o ACS	x	x	x
Finalização da ação			x

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília,

1991.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa.** Envolvendo Seres Humanos: Resolução 196/96. Brasília MS, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_. **Saúde da família:** Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acessado em: 11 de janeiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que:** Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. **O trabalho do Agente Comunitário de saúde. Folheto Saúde-2001.** Departamento de Atenção Básica Junho de 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2017.

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

COSTA, Simone de Melo et al. **Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online], v.18, n.7, p.2147-2156, 2013. <<http://www.scielo.br/scielo.ph>>. Acessado em: 17 de janeiro de 2017.

CAIAFA, Jackson Silveira *et al.* **Atenção integral ao portador de pé diabético.** J. vasc. bras. [online]. v.10, n.4, suppl.2, p.1-32, 2011. Acessado em: 12 de janeiro de 2017.

ESPÍNOLA, F.D.S.; COSTA, I.C.C. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da**

**Universidade Cidade de São Paulo**, jan-abr, v.18, n.1, p.43-51, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em: 10 de janeiro de 2017.

FOSS-FREITAS, M.C.; FOSS, M.C. Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar. Simpósio: urgências e emergências endócrinas, metabólicas e nutricionais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p.389-393, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2016**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 janeiro. 2017.

LEME, Rogério. **Gestão por Competências no Setor Público**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2011.

LOTTA, G. S. **Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas** / Gabriela Spanghero Lotta. 2006. 171 folhas. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 18 de Dezembro de 2016.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N.; MITCHELL, R. N. Robbins. **Bases patológicas das doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Acesso em: 13 janeiro. 2017.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. M. A.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**, v. 5 n. 2, p. 261-280, 2007. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles>>. Acessado em: 10 de janeiro de 2017.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.6, pp. 1304-1313. ISSN 0102-311X. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acessado em: 06 de janeiro de 2017.

PINTO AAM, FRACOLLI LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. out/dez, v.12, n.4, p.766-9, 2010.

SMELTZER, Suzanne C; Bare, Brenda G. **Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**, 12ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SAITO, R. X. S. **Integralidade da Atenção: Organização do Trabalho no Programa de Saúde da Família na perspectiva Sujeito-Sujeito**. Sao Paulo: Martinari, 2008.

SARRETA, F.O. **Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, p. 252.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o**

saber, o fazer. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2017.

TOMAZ, J. B. C. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um super-herói. **Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.10, p.75-94, fev 2002.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2017.