

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

JAINNI DIAS FREIRES

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
FRENTE AOS FATORES DETERMINANTES PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES
MELLITUS EM CRIANÇAS**

Cuité - PB

2019

JAINNI DIAS FREIRES

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE AOS
FATORES DETERMINANTES PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES MELLITUS EM CRIANÇAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Me. Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos

Cuité - PB

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

F866p Freires, Jainni Dias.

Percepção dos agentes comunitários de saúde frente aos fatores determinantes para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em crianças. / Jainni Dias Freires. – Cuité: CES, 2019.

53 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2019.

Orientação: Prof.^a Ms. Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3 Doença crônica. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.379-008.64:616.12-008.331.1

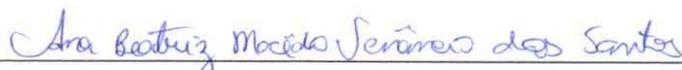
JAINNI DIAS FREIRES

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE AOS
FATORES DETERMINANTES PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES MELLITUS EM CRIANÇAS**

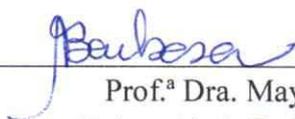
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Saúde Coletiva.

Aprovado em 12 de Março de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Me. Ana Beatriz Macêdo Venâncio dos Santos
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora



Prof.^a Dra. Mayara Queiroga Barbosa
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora



Sanit. Silvana Ribeiro da Silva.
Examinadora

Cuité - PB

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Aos meus pais Graça e José (Doda) que sempre fizeram de tudo para possibilitar que eu concluísse essa graduação, apesar das dificuldades, e por todo o apoio.

Aos meus irmãos Gilmar e Ailton, e especialmente a minha irmã Jailma e meus sobrinhos Janayse e Janaylson que através dos seus incentivos contribuíram de forma indireta para que eu concluísse esse trabalho.

À minha orientadora Prof.^a Me. Ana Beatriz por ter me acolhido, pela disponibilidade, mesmo em período de férias, pelo conhecimento transmitido e palavras incentivadoras fundamentais para a conclusão desse trabalho, pela paciência e por ter se tornado uma verdadeira amiga.

A banca examinadora por ter aceitado o convite para avaliar o trabalho: Prof.^a Dr.^a Mayara, a qual eu admiro e tenho grande carinho desde o período em que fui sua aluna e a Sanit. Silvana que apesar do pouco contato conquistou a minha admiração.

A secretaria Municipal de Saúde do município de Cuité-PB por ter permitido a realização da pesquisa.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde que se disponibilizaram a participar e demais funcionários das UBSF pela gentileza e apoio durante a realização da pesquisa.

Aos meus amigos Cláudia Maria e Pablo Renan pelas risadas, conselhos e amizade compartilhada desde a escola, tornando essa jornada mais leve.

À Odaize pela amizade compartilhada desde o ensino fundamental e intensificada durante a graduação e um projeto de extensão lindo; e Natália, a qual também conheço desde a escola e tive o prazer de criar laços de amizade mais fortes durante o curso. Gratidão a ambas também pelo incentivo, pelas risadas compartilhadas, pela paciência e o apoio direto e indireto que contribuíram para que eu concluísse esse trabalho.

À Oziane pelas palavras incentivadoras e pela amizade compartilhada, uma pessoa super amiga que nos inspira com seu jeito humano de ser, e Dinara, por inspirar com sua força de vontade em alcançar seus objetivos.

À Jardênia, por em pouco tempo ter se tornado uma verdadeira irmã e pela forma inspiradora de sempre buscar ver o lado bom da vida.

À Jessyka e Luana pela irmandade desde que nos conhecemos, pelas palavras de apoio, pelos desabafos, pelas risadas, por tudo.

Enfim, a todos os componentes da Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde que contribuíram de forma direta ou indireta, não só para esse trabalho, bem como para a minha graduação.

FREIRES, J. D. **Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde frente aos fatores determinantes para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em crianças.** 2019. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2019.

RESUMO

Devido aos fatores ambientais, como alimentação inadequada e sedentarismo, vem-se aumentando o número de indivíduos acometidos com DCNT, especialmente envolvendo DM e HAS, ocorrendo não só com adultos, mas também em crianças. Com isso faz-se necessário a efetividade de ações de educação em saúde na Atenção Básica, sendo o Agente Comunitário de Saúde um componente da ESF, que representa um importante grupo de ligação entre a ESF e a comunidade e possibilita uma maior abrangência dessas ações a fim de promover a saúde e prevenir doenças. Portanto, o objetivo do trabalho é analisar a percepção dos ACS acerca dos fatores determinantes para DM e HAS em crianças. Como metodologia, trata-se de uma pesquisa do tipo transversal descritiva, utilizando como objeto de estudo ACS da zona urbana do Município de Cuité/PB, sendo a coleta de dados através de entrevista estruturada. Observou-se na presente pesquisa, quanto ao perfil dos ACS, que a maioria dos entrevistados era mulheres, tinham filhos, com ensino médio completo e com participação em igreja/comunidade religiosa; já em relação as características e condições de trabalho, a maioria trabalhava na profissão há mais de 15 anos, residiam na microárea de atuação, já haviam recebido algum tipo de capacitação, se sentem aptos a realizar ações de educação em saúde, acreditam que a resistência da população é um dos maiores fatores que dificulta realizar ações de educação em saúde e acreditam que a profissão não é valorizada; no que tange a percepção sobre HAS e DM, foi possível observar que quando comparada com a literatura referência, houve ACS que se aproximaram mais quanto as definições, fatores determinantes e complicações das referidas enfermidades, enquanto que outros foram mais superficiais e generalistas em relação a esses questionamentos, abordando um conhecimento mais próximo aos saberes populares; poucos citaram fatores voltados especificamente para o público infantil, demonstrando insegurança para responder os questionamentos. Em vista disso, nota-se a necessidade de estratégias efetivas e contínuas de capacitação, bem como a valorização desses profissionais, visto que reflete em sua atuação.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Doença Crônica.

ABSTRACT

Due to environmental factors, such as inadequate feeding and sedentary lifestyle, the number of individuals affected with CNCD is increasing, especially involving DM and SAH, occurring not only in adults, but also in children. Thus, it is necessary the effectiveness of health education actions in Primary Care, being the Community Health Agent a component of the FHS, which represents an important liaison group between FHS and the community and allows a greater comprehensiveness of these actions to order to promote health and prevent disease. Therefore, the objective of the study is to analyze the perception of CHA about the determinants of DM and SAH in children. As a methodology, it is a descriptive cross-sectional study, using as an object of study ACS in the urban area of the Municipality of Cuité/PB, and the data collection through a structured interview. It was observed in the present research, regarding the profile of the ACS, that the majority of the interviewees were women, had children, with high school and with participation in church/religious community; already in relation to the characteristics and working conditions, the majority worked in the profession for more than 15 years, lived in the microarea of activity, had already received some type of training, feel able to carry out health education actions, believe that the resistance of the population is one of the major factors that makes it difficult to carry out health education actions and believe that the profession is not valued; with regard to the perception of SAH and DM, it was possible to observe that when compared with the reference literature, there were CHA that approached more than the definitions, determinants and complications of these diseases, while others were more superficial and generalist in relation to these questions, approaching a knowledge closer to popular knowledge; few cited factors specifically aimed at the children's public, demonstrating insecurity to answer the questions. In view of this, note the need for effective and continuous training strategies, as well as the valuation of these professionals, since it reflects in their performance.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Chronic Disease.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos ACS atuantes na zona urbana do município de Cuité - PB, 2018.....	23
Tabela 2 – Relação da aptidão dos ACS com o tempo de trabalho e capacitação. Cuité - PB, 2018.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	American Diabetes Association
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão arterial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança
PNEP-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3.1 IMPORTÂNCIA DA SAÚDE DA CRIANÇA.....	13
3.2 ATENÇÃO BÁSICA - CUIDADOS PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS.....	14
3.3 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUAS ATRIBUIÇÕES.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	20
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	21
4.4 COLETA DOS DADOS.....	21
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	22
4.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	47
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	48
APÊNDICE B – Questionário para entrevista.....	50

1 INTRODUÇÃO

O aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) está relacionado principalmente a fatores como a transição nutricional da população, a qual apresenta frequentes casos de sobrepeso e obesidade, caracterizados como fatores de risco, além de outros processos de transição como o demográfico e epidemiológico (QUEIROZ et al., 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2017). Entre as DCNT, podemos destacar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), as quais acometem um grande número de indivíduos.

A HAS caracteriza-se pela pressão arterial (PA) elevada continuamente, geralmente com aumento da resistência periférica; já o DM se caracteriza como um grupo de doenças que tem por característica o aumento da glicemia (hiperglicemia), dividindo-se em Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) – o qual ainda pode ser dividido em imunomediado e idiopático – e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), tendo também outro tipo específico de DM que é o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA, 2017; MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012; SILVA; MURA, 2010). Os fatores de risco que essas e outras doenças crônicas têm em comum, são: alimentação inadequada, predisposição genética, resistência à insulina, obesidade, sedentarismo e idade avançada (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012; WHELTON et al., 2017).

Entre as complicações causadas pela falta do tratamento adequado do DM e da HAS na infância, podemos citar, respectivamente, a cegueira, que irá afetar até mesmo nas atividades mais simples do cotidiano e a crise hipertensiva que irá se manifestar na criança através de diversos distúrbios. Além de que ambas as enfermidades são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de outras DCNT (CARDOSO, 2014; FRANÇA, 2015). Contudo, há a presença de sinais e sintomas que podem alertar e diagnosticar essas enfermidades antes que evolua para uma complicação mais grave; no caso da HAS é uma doença assintomática, mas o indivíduo pode apresentar cefaleia; já o DM pode apresentar polidipsia, poliúria, hiperfagia, visão turva, cetoacidose, entre outros (CUPPARI, 2005).

Além do grande número de adultos acometidos pela HAS e DM, a quantidade de crianças também apresenta aumento crescente, cujos fatores de risco são histórico familiar e excesso de peso, responsáveis cada vez mais por tornarem as crianças propensas ao desenvolvimento de HAS (BERRELLEZA et al., 2017) e DM. Por isso, é importante o diagnóstico precoce, além do monitoramento dessas crianças, a fim de prevenir complicações.

De acordo com França (2015), algumas dificuldades a mais são enfrentados quando se fala no tratamento de DM para crianças, devido aos ambientes que as mesmas frequentam, onde muitas vezes não apresentam alimentos adequados para o consumo de acordo com suas restrições.

Neste sentido, no Sistema Único de Saúde (SUS) está inserida a Atenção Básica (AB) à Saúde que é caracterizada como “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde [...]” (BRASIL, 2017).

Esta é a porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tem como um dos componentes a Estratégia Saúde da Família (ESF), importante meio para ações de educação em saúde para indivíduos com doenças crônicas (BRASIL, 2017; RIBEIRO et al., 2017). Dentre os profissionais que atuam na ESF, o Agente Comunitário de Saúde é o que tem contato atuando como um elo entre a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e a comunidade, com o papel de desenvolver atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, incluindo a visita domiciliar (BRASIL, 2018; SANTOS; FILHO; FERNANDES, 2017).

Conhecendo-se a importância que a AB representa frente aos cuidados com as DCNT e demais enfermidades, principalmente o público infantil enquanto grupo de risco, é importante analisar o serviço prestado pela AB para a população a fim de diminuir os elevados índices de HAS e DM, assim como outras DCNT. A partir disso, será que a ESF, como componente da AB, pode oferecer estratégias eficazes de ações de educação em saúde sobre HAS e DM para um público que pouco frequenta os serviços de saúde, em especial, o infantil?

Portanto, nota-se a importância de mais estudos envolvendo esse público (ACS), a fim de detectar tanto as potencialidades quanto as fragilidades para melhorar as ações de educação em saúde da AB. Com base nisso, este trabalho tem como principal objetivo, analisar a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde frente os fatores determinantes para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica em crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos Agentes comunitários de saúde acerca dos fatores determinantes para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em crianças.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde;
- ✓ Avaliar a influência da realização de capacitação sobre a percepção dos ACS em relação a sua aptidão em realizar ações de educação em saúde para o público infantil;
- ✓ Identificar os principais fatores os quais os ACS acreditam dificultar a realização de ações de educação em saúde;
- ✓ Analisar a percepção dos ACS sobre os fatores determinantes para a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 IMPORTÂNCIA DA SAÚDE DA CRIANÇA

Nos últimos tempos ocorreram mudanças relacionadas ao padrão alimentar dos indivíduos e atividade física, tanto na infância quanto na vida adulta, resultando em uma epidemia de obesidade, desencadeando o aumento da pressão arterial, inclusive em crianças (FALKNER, 2017), outra consequência que também atinge o público infantil é o desenvolvimento do DM. Assim mostrando a importância de ações de educação em saúde voltadas para esse público, uma vez que suas consequências poderão afetar a sua qualidade de vida ao decorrer da idade.

Entre os fatores de riscos que tornam crianças cada vez mais propensas ao desenvolvimento de HAS, estão o histórico familiar e o excesso de peso, por esse motivo é importante o acompanhamento do estado nutricional a fim de monitorar os riscos de desenvolvimento dessa enfermidade e suas complicações, como eventos cardiovasculares e HAS na vida adulta; medir a PA em crianças se tornou obrigatório a partir dos 3 anos de idade, no entanto alguns fatores dificultam essa aferição, consequentemente retardando o diagnóstico (BERRELLEZA et al., 2017; FRAPORTI; ADAMI; ROSOLEN, 2017). Os fatores de riscos anteriormente citados para HAS também se aplicam ao DM, incluindo-se ainda, de acordo com Halipchuk et al. (2018) a baixa renda materna.

Para avaliação da PA em crianças, foi desenvolvido um método diferente da avaliação em adultos, uma vez que esses parâmetros de PA variam com o passar da idade, logo a avaliação é feita levando em consideração a idade, sexo e altura (LOMELÍ et al., 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC, 2016); possivelmente sendo esse um dos fatores que dificultam a aferição, por os dados serem avaliados de acordo com diversos parâmetros e o tempo reduzido de atendimento ou outros fatores ligados ao serviço e/ou ao profissional, impossibilitam a realização desse procedimento periodicamente.

Conforme Cordeiro et al. (2016), outro fator preocupante que pode dificultar o diagnóstico precoce de HAS em crianças, a fim de minimizar suas possíveis complicações, é a não manifestação clínica dos sinais e sintomas da doença em alguns casos. Entre as complicações da HAS não tratada em crianças, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), encontra-se o estreitamento arteriolar na retina.

Em casos de não tratamento do DM na infância, pode levar a diversas complicações que irão prejudicar o desenvolvimento de atividades cotidianas da criança (brincadeiras, escola, etc.) e até mesmo na vida adulta (trabalho, etc.), como é o caso da cegueira (FRANÇA, 2015). Para o controle do diabetes através da mudança da alimentação em crianças, existem algumas dificuldades a mais, podendo inclusive causar a exclusão da criança de outras, como é o caso do ambiente escolar e festas comemorativas, as quais muitas vezes não contem alimentos adequados que as crianças possam consumir, resultando em experiências negativas (FRANÇA, 2015; OKIDO et al., 2017). O objetivo do tratamento dietoterápico é possibilitar o crescimento normal, controle do peso e controle da glicemia; em crianças é essencial a participação familiar no manejo do DM a fim de buscar efeitos positivos no controle da glicemia (SBD, 2017).

As estratégias utilizadas pelas mães como um método de prevenção do DM em criança inclui o reforço, ou seja, elogios/incentivo quando as mesmas apresentam hábitos saudáveis e também o controle de hábitos não saudáveis, sendo assim um grupo importante para se trabalhar com ações de educação em saúde, portanto, unindo o apoio da equipe de saúde dando instruções aos familiares e o aprendizado ao decorrer da convivência com a doença, são pontos que podem facilitar os cuidados de controle do diabetes na infância (FLORES et al., 2017; OKIDO et al., 2017).

Outro fator importante direcionado a prevenção de doenças e promoção da saúde de crianças é a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, através dos seus 7 eixos estratégicos tendo como finalidade orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança, essa portaria tem em vista a efetivação de medidas permitindo "o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças" (BRASIL, 2015).

3.2 ATENÇÃO BÁSICA - CUIDADOS PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS

Diversos fatores vêm contribuindo para o aumento do DM na população, como o sedentarismo, excesso de peso, transição nutricional e epidemiológica. O DM se caracteriza como um grupo de doenças que tem por característica o aumento da glicemia (hiperglicemia); o fator que levará a essa hiperglicemia é o que definirá qual tipo de Diabetes é, quando ocorre geralmente na infância e não há presença de insulina devido à destruição das células beta

responsáveis pela produção da insulina, denomina-se DM1; quando ocorre devido a causas ambientais como a obesidade, levando a uma resistência à insulina pelos tecidos, denomina-se DM2, sendo esse o tipo que mais acomete a população, por fim, tem o DM gestacional, um caso específico que se caracteriza como intolerância à glicose com início na gestação (SBD, 2017; SILVA; MURA, 2010).

O DM1 tem como um dos principais fatores de risco a predisposição genética e pode ocorrer de duas formas, o imunomediado que é causado pela destruição das células beta de forma autoimune e o idiopático que não apresenta uma causa conhecida (ADA, 2017; MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012). Em consequência dessa deficiência de insulina no DM1, alguns sintomas aparecem para esses indivíduos, como a poliúria, polidipsia, perda de peso e a hiperglicemia que é o mais característico dessa enfermidade, por isso os indivíduos com este tipo de DM necessitam de insulina exógena para evitar a cetoacidose e morte (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012).

Já o DM2 apresenta como fatores de risco o histórico da família, obesidade, idade avançada, sedentarismo, entre outros fatores ambientais. Neste tipo de DM há resistência à insulina e falha na secreção de insulina pelas células beta (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012). As complicações do DM resultam em retinopatia, doença coronariana, nefropatia, doença arterial periférica e doença cerebrovascular, além de seus agravos diretos ou indiretos no câncer, sistema digestório, saúde mental, etc. (SBD, 2017).

A terapia Nutricional para o DM1 considera a ingestão alimentar e a insulino terapia, e é importante que haja um equilíbrio/sincronia entre essas duas etapas, estabelecendo horários definidos para sincronizar o tempo de ação da insulina com a ingestão de alimentos, sendo a contagem de carboidratos uma importante estratégia para o tratamento do DM (CUPPARI, 2005; SBD, 2017). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016, p. 9), a contagem de carboidratos “É uma estratégia nutricional que oferece à pessoa com diabetes maior flexibilidade em sua alimentação [...]. O objetivo maior é encontrar o equilíbrio entre a glicemia, a quantidade de carboidratos ingerida e a quantidade de insulina necessária”.

As recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) para macro e micronutrientes no DM são: Carboidrato - 45 a 60%, Proteína - 15 a 20%, Lipídio - 20 a 35%, Fibras - mínimo de 14g/1.000 Kcal e para DM2 30 a 50g/dia, Sódio - até 2.000mg e Vitaminas e Minerais seguem as recomendações padrão para indivíduos sem DM; já as recomendações da American Diabetes Association (2017) são: Carboidrato - encorajar a substituir carboidratos refinados pelos mais complexos como legumes, grãos integrais, verduras e frutas e conciliar o

horário das refeições com o tempo de ação da insulina para o melhor controle glicêmico. Proteína - 15 a 30% para aqueles que não apresentam complicações renais, e com doença renal diabética 0,8g/kg/dia. Lipídio - 20 a 35%. Sódio - < 2.300mg/dia, Vitaminas e Minerais também seguem as recomendações padrão, Atividade Física em Crianças - 60 minutos de atividade pelo menos 3 vezes por semana.

A HAS tem como característica a elevação contínua da PA; sendo alguns mecanismos responsáveis pelo controle da PA normal, como o Sistema Nervoso Simpático (SNS) e os rins (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012; SILVA; MURA, 2010). Os fatores de risco que podem levar os indivíduos a desenvolver HAS são hábitos alimentares inadequados, incluindo o aumento no consumo de sódio, predisposição genética, resistência à insulina, obesidade, sedentarismo, hábito de fumar, estresse, DM, dislipidemias, consumo de álcool e em crianças a obesidade, nascimento prematuro e baixo peso ao nascer também contribuem para o desenvolvimento dessa enfermidade (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012; SBC, 2016; WHELTON et al., 2017).

De acordo com Whelton et al. (2017) a PA em adultos classifica-se como: Normal – <120 mm Hg e <80 mm Hg, Elevada – 120 a 129 mm Hg e <80 mm Hg, Hipertensão estágio 1 – 130 a 139 mm Hg ou 80 a 89 mm Hg, Hipertensão estágio 2 – ≥ 140 mm Hg ou ≥ 90 mm Hg e segundo AAP (2017) a PA em crianças (1- 13 anos) classifica-se em: Normal – <90 Percentil, Elevada - ≥ 90 a <95 Percentil, Hipertensão estágio 1 - ≥ 95 a <95 Percentil + 12 mm Hg, Hipertensão estágio 2 - ≥ 95 Percentil + 12 mm Hg.

A crise hipertensiva em crianças caracteriza-se como o aumento agudo da PA acima dos percentis 99, levando a complicações que incluem “acometimento neurológico, renal, ocular, hepático ou insuficiência miocárdica, manifesta como encefalopatia, convulsões, alterações visuais, achados anormais de eletrocardiograma ou ecocardiograma, insuficiência renal ou hepática” (SBC, 2016, p. 58). Quando não tratada, a HAS ainda pode causar complicações como insuficiência cardíaca, doença vascular periférica e doença renal crônica, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012; SBC, 2016).

Conforme Silva e Mura (2010) o tratamento nutricional na HAS tem como objeto diminuir a morbimortalidade. As recomendações são: perda de peso – em busca do peso corporal ideal, dieta saudável – como a dieta DASH que se caracteriza como “uma dieta rica em frutas, legumes, grãos integrais e produtos lácteos com baixo teor de gordura, com reduzido teor de gordura saturada e total”; ingestão reduzida de sódio dietético - < 1.500mg/dia, aumento

da ingestão de potássio – 3.500 a 5.000 mg/dia, prática de atividade física (WHELTON et al., 2017). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), alguns alimentos podem ajudar no controle da PA, entre eles estão o alho, café, chá verde e chocolate amargo.

A AB é a porta de entrada das RAS, sendo as unidades de atenção básica o primeiro contato dos usuários com a RAS, dependendo principalmente da demanda que o ACS traz, além das demandas espontâneas; a ESF é vista como um ponto prioritário para a consolidação e expansão da AB e unindo a AB com a vigilância em saúde forma-se condições determinantes para o atendimento da população baseado na integralidade, melhorando suas necessidades de saúde e para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção e controle de HAS, as equipes da ESF têm como reforço os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2017; ENGELA et al., 2018).

A PNAB dispõe sobre a organização da AB na RAS, definindo a AB como:

“conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017, p. 2).

Com o apoio da equipe multidisciplinar que compõe a AB, a ESF torna-se um espaço importante para ações de educação em saúde para indivíduos com doenças crônicas, especialmente HAS e DM, a fim de aumentar a adesão ao tratamento e diminuir suas complicações; no entanto, as dificuldades da AB no cuidado do paciente com HAS e DM estão relacionadas a fatores culturais, sobrecarga de trabalho da equipe, baixa adesão do usuário ao tratamento e a falta de capacitação profissional, além disso, precisa-se resolver outros pontos críticos, como ampliar o acesso do serviço, utilizando principalmente todo o horário disponível para o atendimento, possibilitando assim o acesso de pessoas que trabalham; maximizar a qualidade do atendimento, por fim, buscar a integralidade da atenção (BRASIL, 2014a; ENGELA et al., 2018; RIBEIRO et al., 2017).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (BRASIL, 2014a), as intervenções comuns para doenças crônicas, como HAS e DM, estão ligados ao tabagismo, incentivando o abandono do tabaco e ofertando tratamento medicamentoso; uso abusivo de álcool, que pode levar a descompensação das doenças crônicas, suspensão do tratamento medicamentoso e nutricional, além dos efeitos próprios do álcool, desencorajando essa prática com ações de prevenção e controle; alimentação saudável, responsável pelo controle das doenças e suas complicações, ofertando orientação e

educação nutricional; atividade física, estimulando a população a sua prática, uma vez que o sedentarismo é um fator de risco para doenças crônicas, trazendo resultados positivos no controle da PA e metabolismo da glicose e lipídios.

A linha de cuidado para HAS e DM, através da longitudinalidade e integralidade do cuidado, buscam um melhor atendimento aos indivíduos com essa enfermidade; para o rastreamento da HAS na AB, deve-se aferir a PA de indivíduos com 18 anos ou mais a partir do momento em que frequentem a UBSF, sendo a aferição fora do consultório outro método importante para o rastreamento e para o rastreamento do DM na AB, leva em consideração os indivíduos que apresentem fatores de risco, sendo assim encaminhados para um exame de glicemia (BRASIL, 2013a, 2013b).

Conforme o Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013a), um dos desafios que a AB apresenta frente aos indivíduos diagnosticados com HAS, é manter regularmente o acompanhamento; o tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle de PA, sendo complementado com tratamento medicamentoso quando leva em consideração o risco cardiovascular do paciente, seu grau de motivação para mudar o estilo de vida, entre outros fatores; para crianças, é preferível o tratamento não medicamentoso, caso não haja resposta ao tratamento e apresente comorbidades, entra em ação o tratamento medicamentoso; as recomendações para o manejo da HAS na AB são: alimentação saudável (10 passos para uma alimentação saudável adaptados para HAS), adequar o consumo energético, restrição de sal e sódio, consumo adequado de fibras, consumo de alimentos ricos em potássio, adoção da dieta DASH, prática de atividade física.

Segundo o Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013b), o principal objetivo do tratamento de DM é o controle da glicemia, a fim de evitar suas complicações; para o manejo da DM na AB é indicado hábitos de vida saudáveis que incluem alimentação adequada (10 passos para uma alimentação saudável para DM), prática de atividade física, abandono do tabagismo e alcoolismo, controle do peso corporal; sendo isso a base do tratamento do diabetes, podendo ou não ser acrescido do tratamento farmacológico, como hipoglicemiantes orais e insulina; uma das complicações bastante conhecidas do DM é o pé diabético (ulcerações), sendo importante ações de educação para esse público, como cuidados pessoais, autoexame do pé, higiene, procurar a UBSF em caso de mudança nos aspectos das ulcerações, entre outros.

3.3 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUAS ATRIBUIÇÕES

O movimento da reforma sanitária possibilitou mudanças importantes na forma do estado intervir nos problemas de saúde enfrentados pela população; após esse acontecimento criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando realizar promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. A partir disso, a AB foi considerada a porta de entrada para o sistema de saúde com diferentes níveis de complexidade; logo, viu-se a necessidade de incrementar a formação de profissionais de saúde. Como a atividade de Agente Comunitário na Pastoral da Criança da Igreja Católica apresentou interferência positiva na comunidade, o Ministério da Saúde incorporou-a aos serviços de saúde em 1991 e só após 11 anos de atuação na saúde, em 2002 foi oficialmente criada a profissão de ACS (BARROS et al., 2010).

O ACS apresenta grande importância na ESF, uma vez que os mesmos atuam como um elo entre a unidade básica e a comunidade; assim contribuindo para uma melhor cobertura da população no que se refere aos cuidados primários de saúde (SANTOS; FILHO; FERNANDES, 2017); a quantidade de ACS em cada UBSF é definido de acordo com critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos (BRASIL, 2017).

A aceitação do diagnóstico de DCNT em crianças pode ser bastante difícil e demorada pelos pais, conhecer os sentimentos dos pais e seu impacto pode direcionar uma atuação multiprofissional ao núcleo familiar e não somente à criança com DM (DUTRA et al., 2015), mostrando-se então outra importância do ACS na ESF, visto que através do vínculo com a comunidade onde vive, pode ser um ponto positivo para entender as questões emocionais das famílias e poder encaminhar ao serviço de saúde para um atendimento integral.

De acordo com a LEI Nº 13.595, de 5 De Janeiro de 2018 (BRASIL, 2018), a qual dispõe sobre: “atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias”, os ACS são componentes fundamentais e obrigatórios da atenção básica de saúde, tendo o papel de desenvolver atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde fundamentado na PNEP-SUS (Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde); podendo desenvolver atividades de diversos níveis a depender do seu grau de formação, mas incluindo a visita domiciliar como tarefa primordial, a fim de observar e detectar agravos e fatores de riscos para desenvolvimento de enfermidades e demais fragilidades da comunidade.

Dentre as suas atribuições ainda se encontram:

A mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional; a aferição da pressão arterial, durante a visita domiciliar; a medição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar; a participação no planejamento e no mapeamento institucional, social e demográfico; a consolidação e a análise de dados obtidos nas visitas domiciliares; a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento da gestante, da lactante, da criança, do adolescente, da pessoa idosa, da pessoa em sofrimento psíquico, da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas, da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal, dos grupos homossexuais e transexuais, da mulher e do homem (BRASIL, 2018, p. 2).

Segundo resultados de algumas pesquisas envolvendo os ACS (GARCIA et al., 2017; PEDRAZA; SANTOS; FILHO; FERNANDES, 2017) em municípios do Espírito Santo e dois municípios da Paraíba, respectivamente, as atividades mais desenvolvidas e/ou realizadas com maior frequência pelos ACS na ESF foram as visitas domiciliares, o diagnóstico do estado de saúde da população, cadastramento das famílias, identificação e acompanhamento de grupos de riscos, controle de hipertensão, diabetes e vacinal; incentivo ao aleitamento materno, orientações sobre como manter as crianças saudáveis e seguras, reunião de equipe, entre outras atividades.

Como requisito para a contratação dos ACS para trabalharem na ESF é necessário que os mesmos tenham concluído curso de formação inicial com no mínimo 40 horas, o ensino médio concluído, caso não haja candidatos que preencham esse segundo requisito, permite-se aqueles que tenham concluído o ensino fundamental, desde que após serem admitidos concluam o ensino médio no máximo nos próximos 3 anos, residir na microárea de atuação (BRASIL, 2006, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, que tem como característica analisar um determinado grupo em um determinado momento (BORDALO, 2006), e descritiva, haja vista busque descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008). Esse tipo de estudo é importante para a pesquisa, pois permitirá, através da análise do grupo objeto de estudo, entender os problemas presentes e a busca de soluções para os mesmos de forma mais efetiva e rápida.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A pesquisa foi composta por Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana do município de Cuité/PB. O município apresenta 5 UBSF distribuídas em seu território urbano, contando com um quadro de 29 ACS. Ao total, 23 ACS participaram da pesquisa, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão. Para a apresentação dos resultados, os ACS serão representados no texto através de números.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas as pessoas que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família no mínimo há seis meses como ACS (SANTOS et al., 2017), para que os mesmos estivessem habituados com a profissão e com as demandas de saúde da comunidade.

Sendo excluídos os ACS que estavam em período de férias ou em licença de qualquer natureza no período de coleta dos dados (MACHADO et al., 2015), que se recusaram a participar da pesquisa/assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) e que participaram do teste piloto do questionário utilizado para as entrevistas.

Ao final da pesquisa, constatou-se que com os critérios de inclusão e exclusão, houve a exclusão de 6 ACS: 1 não participou devido estar de férias do trabalho; 2 não participaram por estar de licença médica; 1 ACS recusou-se a participar; 1 ACS não foi encontrada durante o período de coleta de dados, pois a mesma não frequentava a UBSF regularmente; e por fim, 1 ACS não participou da pesquisa, por ser participante do teste piloto do questionário utilizado para a pesquisa.

4.4 COLETA DOS DADOS

O perfil dos ACS e a percepção dos mesmos acerca dos fatores determinantes para DM e HAS foram coletados através de entrevista estruturada não identificada, baseada em questionário (apêndice A) organizado com questões adaptadas de diversos autores (ROECKER, 2017; SILVA, 2009; SANTOS; FILHO; FERNANDES, 2017), contendo perguntas quantitativas e qualitativas, abrangendo o perfil do ACS, características e condições de trabalho e a percepção dos mesmos sobre HAS e DM em crianças; aplicada em local de trabalho, em área reservada e sem que haja prejuízo em suas atividades.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados estatísticos ocorreu por meio do Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). A análise das questões qualitativas sobre a percepção do ACS presentes no questionário da entrevista ocorreu através da análise do discurso produzido, utilizando-se o método de análise lexical, consistindo, com base em uma pré-leitura, leitura e análise, em realizar a frequência da repetição de palavras - e similares - e construindo categorias a fim de possibilitar a compreensão das ideias trazidas pelas palavras presentes nas falas dos ACS (MINAYO, 2014).

4.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) a partir do CAAE: 98052818.6.0000.5182 e parecer favorável n. 3.155.452. Foi realizada respeitando os princípios éticos estabelecidos pela lei nº 466, de 12 de dezembro de 2012 a qual dispõe sobre a regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos; onde os participantes foram informados sobre a natureza da pesquisa e após expressar o desejo em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estiveram aptos a participar da pesquisa (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados do presente estudo foram organizados e agrupados em 3 eixos temáticos a fim de facilitar a compreensão e discussão dos mesmos. A seleção dos eixos considerou a teoria de Morgan (2002) que diz existir 3 fatores/interesses que podem interferir na maneira de agir do profissional, que são: interesses pessoais, referente as suas personalidades, atitudes pessoais, valores, crenças e compromissos fora do trabalho; interesses de carreira, relacionado às aspirações e visões sobre o que o futuro lhes reserva; e interesses da tarefa, ligado ao trabalho que alguém tem que realizar. Portanto, os eixos organizadores dos resultados serão: (a) Perfil do ACS, (b) Características e condições de trabalho e (c) Percepção dos ACS sobre HAS e DM em crianças.

a) Caracterização do perfil dos ACS:

As questões abordadas em relação ao perfil dos ACS relacionam-se com as características dos entrevistados a partir de variáveis como: idade, gênero, existência de filhos, escolaridade e experiência mediante participação em atividade com outras comunidades e seus respectivos resultados estão descritos na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização do perfil dos ACS atuantes na zona urbana do município de Cuité - PB, 2018.

Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde			
Variáveis	Frequência		Porcentagem
Idade	<30 anos		1 4,3%
	30-39 anos		7 30,2%
	40-49 anos		10 43,3%
	>50 anos		5 21,7%
Sexo	Feminino		18 78,3%
	Masculino		5 21,7%
Existência de filhos	Sim		18 78,3%
	Não		5 21,7%
Escolaridade	Ensino	Médio Incompleto	1 4,3%
	Ensino	Médio Completo	18 78,3%
	Técnico	Profissionalizante*	2 8,7%
	Ensino	Superior Incompleto**	1 4,3%
	Ensino	Superior Completo***	1 4,3%
	Associação de bairros/moradores		5 21,7%
	Associação de pais e mestres		3 13,0%
Participação em atividades com outras comunidades	Conselho de Saúde		5 21,7%
	Conselho Tutelar		2 8,7%
	Igreja/comunidade religiosa		13 56,5%
	Não participa/participou		5 21,7%
	Outros****		3 13,0%

Fonte: dados da pesquisa (2018).

*Técnico profissionalizante: Téc. em enfermagem, vigilância em saúde e vigilância sanitária;

**Superior incompleto: Química e Biologia;

***Superior Completo: Biologia;

****Outros: conselho escolar e conferência de saúde. As respostas comentadas nessa opção serão mais bem descritas ao longo do texto a seguir.

Os ACS encontravam-se em grande parte na faixa etária entre 40 e 49 anos (43,3%), dados semelhantes foram encontrados no estudo de Davoglio et al. (2017) envolvendo esse público: 30-40 anos (51,72%) e 40-50 anos (35,86%); demonstrando, segundo esse próprio

autor, que a profissão de ACS foi se tornando mais atraente para os jovens/adultos jovens, tal atratividade podendo ser devido à expansão e reconhecimento da ESF. Ainda, a idade pode interferir de diversas maneiras em sua atuação, tendo pontos positivos e negativos, por exemplo, os ACS com mais idade podem apresentar um maior vínculo com a comunidade onde atua, do mesmo modo, podem ter mais inimizades e serem mais resistentes a novas concepções de como tratar o processo saúde-doença e promoção à saúde, devido aos conceitos enraizados que trazem consigo (FERRAZ; AERTZ, 2005; KLUTHCOVSKY et al., 2007).

Cerca de 78,3% dos entrevistados têm filhos, caracterizando-se como a maioria, assim como no estudo de Simas e Pinto (2017), o qual mostra que 85,2% dos ACS da região Nordeste têm filhos. Ter filhos pode permitir ao ACS uma maior facilidade para trabalhar com crianças, ter mais habilidade e destreza para conversar e entendê-las; e de acordo com Araujo (2018) pode contribuir para que esses profissionais tragam vivências pessoais sobre saúde infantil a partir dos cuidados com seus filhos.

O sexo feminino foi o mais presente na composição do quadro de ACS, representando 78,3%, assim como em diversos outros estudos (ARAUJO, 2018; BENDER et al., 2016; DAVOGLIO et al., 2017; FOGAÇA; TOMBINI; CAMPOS, 2017; SIMAS; PINTO, 2017); esse fato pode nos demonstrar que ainda há valores patriarcais enraizados no quesito trabalho, pois a mulher é vista por “natureza” como cuidadora, além de que é um trabalho no qual o ACS atua ou deveria atuar na comunidade onde vive, permitindo assim estar mais próximo de casa e dos filhos, logo podendo ser uma opção de emprego mais procurada pelas mulheres (BARBOSA et al., 2012).

Além de que, considerando que segundo Gonçalves e Faria (2016) há uma menor procura dos homens pelo serviço de saúde, esta relação da mulher com a unidade de saúde pode refletir sobre a aproximação com o trabalho de ACS. Ao frequentarem mais os serviços de saúde, as mulheres podem despertar um maior interesse em atuar na área, bem como, o reconhecimento de que, muitas vezes, há maior conforto das usuárias mulheres com a presença de profissionais também mulheres no serviço.

Em relação ao seu grau de escolaridade, 4,3% dos ACS afirmaram ter ensino médio incompleto, a maioria (78,3%) tinha o ensino médio completo, 8,7% apresentavam curso técnico profissionalizante - sendo 2 técnicos em enfermagem e 1 técnico em vigilância em saúde e vigilância sanitária - 4,3% com curso superior incompleto em química e biologia e por fim, 4,3% com curso superior completo em biologia. Dados similares a esses foram encontrados na

pesquisa de Araujo (2018), na qual a maioria tinha ensino médio (76,4%) e superior completo (19,7%).

Segundo Lino et al. (2012), considera-se positiva a elevação do nível de escolaridade dos ACS, pois pode favorecer uma maior interação com a equipe e a comunidade, bem como aumentar a criticidade e criatividade do trabalhador. Através do conhecimento adquirido durante a formação acadêmica também pode aumentar a segurança do profissional ao realizar suas tarefas, compreensão possível quando se considera que dois entrevistados que cursaram técnico em enfermagem e licenciatura em biologia, respectivamente, atribuíram à sua formação acadêmica como sendo o motivo da aptidão para realizar ações de educação em saúde; como pode ser visto a seguir em suas falas:

“Depois que fiz o curso de técnico em enfermagem a pessoa tem mais conhecimento” ACS-5.

“Já pelo conhecimento também da formação” ACS-19.

Um percentual de 56,5% dos ACS participa ou já participou de atividades em igreja/comunidade religiosa, resultado parecido com o encontrado por Simas e Pinto (2017), 66,7%; de acordo com o discutido por Lino et al (2012), esse fator pode possibilitar um maior vínculo e interação com a comunidade em que atua. Outras comunidades com mais participação por parte dos ACS foram: associação de bairros/moradores e conselho de saúde, ambos com 21,7% de participação; além de que 21,7% não participam ou nunca participaram de atividades com outras comunidades sociais. Destaca-se a participação em conselho de saúde, um número considerado significativo por se tratar de um espaço de representatividade de classes de suma importância para compreensão e acompanhamento das ações de saúde do município, inclusive as discussões acerca da valorização do trabalho realizado no âmbito da APS, visto que, segundo Ursine, Trelha e Nunes (2010) as decisões tomadas nesse espaço pode repercutir no fortalecimento ou no enfraquecimento da ESF.

b) Características e condições de trabalho dos ACS:

No que diz respeito aos resultados que tratam nos interesses de carreira representados nas características e condições de trabalho, serão expostos os resultados acerca do motivo para a inserção no trabalho como ACS, há quanto tempo exerce o cargo, participação em capacitações, suas percepções sobre a aptidão para o trabalho e, ainda, valorização deste.

Quanto ao motivo para a inserção no trabalho como ACS, a opção sobre visualizar uma oportunidade de emprego, mesmo não sabendo muito bem o que ia fazer foi a mais

expressiva (47,8%), dado similar ao encontrado na pesquisa de Simas e Pinto (2017), na qual 30,3% viram a profissão de ACS como uma oportunidade de emprego; seguida por “gostar da área da saúde” (26,1%), “gostar de trabalhar com pessoas” (21,7%); “colaborar para melhorar a saúde da comunidade onde vive” (13,0%); “já conhecia o trabalho do ACS e quis trabalhar na área” (4,3%) e 4,3% para outro motivo, sendo esse trabalhar na pastoral da criança. A seguir, uma fala de um ACS que remete ao motivo de visualizar uma oportunidade de emprego:

“Na época eu estava sem trabalho, apareceu um concurso público para ACS, aí eu vi uma oportunidade de trabalho” ACS-15.

No que diz respeito ao tempo de trabalho, a maioria dos ACS (65,2%) atuam na profissão há mais de 15 anos. Outras faixas de tempo de trabalho mais comuns entre os ACS são de 4 a 7 anos com 17,4% e 12 a 14 anos com 8,7%; as faixas menos comuns são de 6 meses a 3 anos e 8 a 11, ambas representadas por 4,3% dos ACS. Perfil parecido com o encontrado por Simas e Pinto (2017) em toda a região nordeste, sendo 11 a 15 anos (34,2%) e >16 anos (32,9%) as faixas de idade mais expressivas.

Neste sentido, as falas dos ACS quando questionados sobre porque se sentem aptos a realizar ações de educação em saúde para crianças apresentadas abaixo possibilitam a interpretação de que o tempo de atuação pode oferecer maior segurança ao ACS para realizar as suas tarefas, seja pela experiência adquirida no dia a dia ou por mais oportunidade de participar de capacitações.

“Porque sim, pela vivência” ACS-23.

“Assim, o cotidiano, o dia a dia” ACS-14.

“Porque eu já tenho 19 anos na área da saúde, os cursos, então já sei mais ou menos como orientar sobre saúde” ACS-18.

Uma porcentagem de 91,3% dos ACS relatou que reside na microárea em que trabalham, no entanto, 8,7% disseram que não residem; uma baixa porcentagem foi encontrada na pesquisa de Fogaça, Tombini e Campos (2017) na qual apenas 25% residem em sua área de atuação. É importante que os ACS residam em sua área de abrangência, pois permite a criação de vínculos com a comunidade, fundamental para ter um diálogo mais amplo, entender as suas necessidades e levar as demandas das famílias atendidas até a equipe da ESF, fortalecendo o acesso ao serviço de saúde (BÜHRING et al., 2018).

Além de que, residir na microárea de atuação é um requisito para atuar na profissão de acordo com a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006: “residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público” (BRASIL, 2006, p. 4).

Contudo, após a reformulação dessa lei, adotou-se algumas exceções para a não residência em sua área de atuação, as quais são: “quando houver risco à integridade física do Agente Comunitário de Saúde ou de membro de sua família decorrente de ameaça por parte de membro da comunidade onde reside e atua” e “caso o Agente Comunitário de Saúde adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação” (BRASIL, 2018, p. 7).

A respeito do recebimento de capacitação, 65,2% dos ACS relataram que alguma vez já receberam algum tipo de capacitação para o público infantil, cujos principais tipos de capacitações foram em sua maioria sobre doença/cura (65,2%), sendo a vacinação o grande destaque com 39,1%, seguido de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) - 8,7%, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) - 4,3%, primeiros socorros (4,3%), saúde mental (4,3%) e cuidador infantil (4,3%). Por fim, 34,8% das capacitações eram voltadas para alimentação e nutrição, tendo como temas mais abordados alimentação e nutrição infantil (crescimento e desenvolvimento), desnutrição e aleitamento materno. Não houve o questionamento sobre há quanto tempo as capacitações foram realizadas.

Com o surgimento de HAS e DM em crianças, torna-se necessário e de grande importância a realização de ações de educação em saúde tanto para as crianças quanto para os pais, pois por elas serem pequenas podem ter pouca compreensão acerca do assunto, assim como pode ser um assunto desconhecido para os pais (MOURA, 2016). Visto isso, dá-se a importância da realização de capacitação para os profissionais da saúde, a fim de melhor atender as demandas da população independente do público alvo, como também é um fator que pode aumentar a segurança dos mesmos em realizar o seu trabalho.

Apesar da maioria dos ACS relatarem já ter recebido algum tipo de capacitação, como no estudo de Davoglio et al. (2017), nenhuma das capacitações citadas eram voltadas diretamente para o público infantil, podendo ser uma explicação para alguns dos ACS não terem respondido a todos os questionamentos. Todavia, segundo Machado et al. (2015), mesmo que eles tenham ouvido falar em algum momento sobre HAS e DM em crianças durante seus anos de atuação, podem acabar esquecendo, pois costuma-se focar naquilo que é mais rotineiro.

Assim como na presente pesquisa, no estudo de Forte et al. (2018) os tipos de capacitações mais relatados pelos ACS tiveram uma ênfase maior nas questões de doença/cura, como vacinação, puericultura, hiperdia, dengue, tabagismo e alcoolismo. Observa-se, então, um modelo mais voltado a práticas curativas e medicalizantes (BEZERRA; FEITOSA, 2018) e não como prevenção de doenças e promoção de saúde, função essa atribuída ao ACS de acordo com a legislação vigente sobre suas atribuições:

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS [...] (BRASIL, 2018, p. 1).

Cerca de 34,8% dos ACS não participaram de nenhum tipo de capacitação, isso pode se relacionar com a percepção dos mesmos sobre sua aptidão em realizar ações de educação em saúde para o público infantil, pois os que se sentem parcialmente aptos relataram a falta de capacitação e o tempo decorrido desde a última capacitação como sendo uns dos motivos para seu sentimento, sendo essa falta de capacitação também considerada por eles um empecilho para realizar essas ações.

Por não haver o questionamento sobre há quanto tempo as capacitações foram realizadas, pode ser uma fragilidade da presente pesquisa, pois se aconteceu há muito tempo pode refletir no conhecimento do ACS, por exemplo, devido ao esquecimento e desatualização.

Quando questionados se consideraram aptos para a realização de ações de educação em saúde, a maioria dos ACS afirmou que sim (69,6%). De acordo com suas falas, considerando como motivos a experiência adquirida durante os anos de trabalho/vivência, a experiência e facilidade de diálogo com crianças, a formação acadêmica com curso técnico e superior, a importância que dá às ações, a capacidade de atrair o público até a UBSF e devido a capacitação, sendo esse último citado por apenas 2 ACS como motivo de sua aptidão.

A partir da relação entre este resultado com o tempo de trabalho obteve-se os dados presentes na tabela 2, a qual demonstra que entre os ACS que relataram se sentir aptos, 56,5% apresentavam mais de 15 anos atuando na profissão, assim como também em sua maioria tinham tido capacitação (43,5%); logo, esse conhecimento constituído ao longo dos anos pela experiência acumulada no dia a dia e através das capacitações realizadas contribui para uma maior segurança.

Contudo, ainda há um número considerável que afirmaram se sentir apto apenas em partes (30,4%). Entre os motivos pelos quais os mesmos relataram dificultar esta aptidão, tornando-a apenas parcial estão: o tempo decorrido desde a última capacitação e a falta de capacitação mesmo achando necessário. Outros relacionaram positivamente à sua parcial aptidão a contribuição da experiência, da experiência com crianças e, ainda, da facilidade do tema abordado.

Outro dado importante sobre fatores que podem ser uma fragilidade para o serviço e influenciar na aptidão do ACS, quando observada a relação entre o tempo de trabalho e a participação em capacitações, foi que 20% dos entrevistados que trabalham há muito tempo – acima de 15 anos de atuação - afirmaram que ainda não foram capacitados, bem como o

entrevistado que entrou no serviço há menos tempo (entre 6 meses e 3 anos de atuação) também não recebeu capacitação para atuar na profissão, demonstrando certa desvalorização do ACS para o serviço e pouca preocupação com a capacitação e atualização dos profissionais que atuam na APS para o melhor atendimento da população.

Tabela 2: Relação da aptidão dos ACS com o tempo de trabalho e capacitação. Cuité - PB, 2018.

Relação da aptidão dos ACS com o tempo de trabalho e capacitação		
	Se sente apto a realizar ações de educação em saúde	Se sente parcialmente apto a realizar ações de educação em saúde
Tempo de trabalho	Dentre os aptos	Dentre os parcialmente aptos
6 meses a 3 anos		
Com capacitação	*	*
Sem capacitação	4,3%	*
4 a 7 anos		
Com capacitação	4,3%	4,3%
Sem capacitação	*	8,7%
8 a 11 anos		
Com capacitação	*	*
Sem capacitação	*	4,3%
12 a 14 anos		
Com capacitação	*	4,3%
Sem capacitação	4,3%	*
>15 anos		
Com capacitação	43,5%	8,7%
Sem capacitação	13%	*

Fonte: dados da pesquisa (2018)

*Não houve ACS com essa situação.

A maioria dos ACS, cerca de 60,9%, consideram que existem algum ou alguns fatores que dificultam a realização de ações de educação em saúde. Entre os fatores por eles citados, a resistência da população foi o mais presente em suas falas com 34,8%, seguido por sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento sobre determinados assuntos, falta de trabalho em equipe, todos com o mesmo percentual de 13%, e desvalorização do ACS com 8,7%. A resistência da população, desvalorização do ACS e falta de trabalho em equipe citados pelos ACS como fatores que dificultam também foram dificuldades encontradas por outros ACS em outras pesquisas (BARALHAS; PEREIRA, 2013; NASCIMENTO et al., 2017), e podem favorecer, conforme Nascimento et al. (2017) em um sentimento de frustração e angústia, podendo afetar de maneira negativa na atuação desses profissionais e gerar desmotivação.

Além desses, 8,7% dos ACS citaram outros fatores como a falta de materiais e de capacitação; segundo Bender et al. (2016) e Fogaça, Tombini e Campos (2017), a falta de materiais pode afetar a motivação dos mesmos para realiza-las, além de que pode ser um retrato da desvalorização profissional do ACS pela equipe de trabalho, dificultando ainda mais essas ações e a qualidade do serviço prestada a comunidade. Apesar disso, o vínculo dos ACS com a comunidade pode ser um potencializador da ação profissional mesmo em frente as dificuldades encontradas, pois os referidos podem adquirir um sentimento de responsabilidade pelas famílias atendidas (BEZERRA; FEITOSA, 2018).

No que tange a valorização social, houve maior percepção de desvalorização da profissão, na qual 43,5% afirmaram haver desvalorização e 34,8% que há valorização parcial, alguns reconhecem valorização apenas pela população e não pela equipe, outros, o inverso. Contudo, ainda 21% dos entrevistados acreditam que a profissão é valorizada; dados esses diferentes dos encontrados por Simas e Pinto (2017) em toda a região nordeste do Brasil, onde a maioria, 66,0%, sentem-se valorizados por outros profissionais.

O sentimento de desvalorização profissional relatados pelos ACS, tanto por parte da população quanto por parte da equipe de trabalho, pode dá-se pelo fato de que alguns usuários dos serviços de saúde não dão credibilidade às orientações do ACS e optam sempre pelo profissional com nível superior, geralmente de jaleco. Assim como alguns profissionais da equipe de trabalho da ESF carregam um sentimento de superioridade a outros membros da equipe, devido, por exemplo, ao seu grau de escolaridade ou, ainda, pelos próprios gestores não ofertando condições de trabalho adequadas (BÜHRING et al., 2018; FORTE et al., 2018).

Uma das formas de inserir de maneira mais ativa o profissional ACS na equipe, visto o sentimento de desvalorização relatado pelos mesmos por parte dos demais membros da UBSF, é, segundo dados do estudo de Peruzzo et al. (2018), a realização de reuniões com todos os componentes da equipe, uma vez que permite o estreitamento das relações e um melhor planejamento das ações a serem executadas na ESF, outra estratégia seria possibilitar aos componentes da equipe conhecer o trabalho de cada profissional, a fim de que todos conheçam as dificuldades e demandas atribuídas a cada profissão, logo, entendendo a importância de cada membro para a equipe.

c) Percepção dos ACS sobre HAS e DM em crianças:

Este tópico trata dos resultados correspondente às percepções dos ACS sobre os temas abordados, HAS e DM, aos fatores determinantes e às complicações para as crianças. Ao

realizar questionamentos acerca do que seria HAS, os fatores determinantes e as complicações para crianças, os ACS abordaram diversos assuntos e utilizando diferentes expressões.

Após analisar as expressões utilizadas pelos entrevistados para definir HAS, observou-se que os diferentes termos utilizados podem ser organizados em 5 eixos diferentes, a saber: (1) *Alteração da pressão sanguínea* (39,1%): “pressão alta”, “aumento da pressão do sangue sob as veias e artérias”, “alta pressão nas vias sanguíneas”; (2) *Doença crônica* (21,7%): “doença crônica”, “doença crônica que acomete mais idoso”, “doença crônica que acomete não só criança, como também o público em geral”; (3) *Estilo de vida* (21,7%): “pessoas que não se cuidam/não fazem exercício físico”, “falta de exercício físico”; (4) *Hábitos alimentares* (17,4%): “má alimentação”, “tem que evitar o sal”, “ter uma alimentação saudável”; (5) *Genética* (13%): “hereditária”, “problema genético quando já vem de família”, “ocorre geneticamente”.

Houve também outros termos menos presentes, com uma frequência de cerca de 4,3% cada termo, a saber: obesidade, problema cardíaco decorrente do entupimento dos vasos sanguíneos; doença normal de lidar e grave; problema circulatório do sangue. Um entrevistado não soube responder.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016, p. 1) afirma que “Hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos”. Ao analisar as falas com base nesta referência percebe-se que alguns entrevistados se aproximam com maior clareza da definição referência (39,1%), enquanto outras mostram-se superficiais quanto ao conhecimento desta (60,9%), como apresentado nas falas abaixo, respectivamente:

“é uma alta pressão nas vias sanguíneas, elas ficam muito cheias e causam uma grande pressão” ACS-13.

“problema cardíaco decorrente de entupimento dos vasos, que afeta todas as idades, que ao mesmo tempo pode ser prevenido e combatido” ACS-1.

Com relação aos fatores determinantes para a HAS em crianças, os mais referidos pelos entrevistados estavam relacionados com: (1) *Hábitos alimentares* (87%) - “má alimentação”, “excesso de comida com sal”, “excesso de guloseimas”; (2) *Estilo de vida* (30,4%): “sedentarismo”, “falta de exercício físico”; (3) *Genética* (30,4%): “hereditariedade”, “genético”, “genética familiar”; (4) *Obesidade* (30,4%): “obesidade”, “aumento de peso na

criança”; (5) *Estilo de vida materno* (8,7%): “mãe fumante”, “a gestação”, “falta de pré-natal, orientação”, “uso de drogas”.

Outros fatores citados, embora de forma menos frequentes (4,3%): estresse e problemas renais. Três entrevistados não souberam responder relatando não ter crianças com essa enfermidade em sua área de abrangência e um entrevistado apenas não soube responder.

Segundo a literatura são: histórico familiar, obesidade, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, ingestão de sódio em excesso, deficiência de potássio na dieta, nascimento prematuro, baixo peso ao nascer; nefropatias parenquimatosas, renovasculares e obstrutivas, distúrbios endócrinos (excesso de mineralocorticoide, corticoide ou catecolaminas), doenças da tireoide e hipercalcemia associada ao hiperparatireoidismo (BERRELLEZA et al., 2017; CORDEIRO et al., 2016; FALKNER, 2017; SBC, 2016; WHELTON et al., 2017).

O ACS que mais se aproximou da literatura representou 4,3% dos entrevistados citando 4 fatores determinantes; a partir disso foi possível identificar os que mais se distanciaram da referência (34,8%), citando apenas 1 fator ou nenhum, como pode ser visto nas falas abaixo; além de que, de modo geral, os ACS citaram apenas os fatores mais comumente conhecidos e citados pela população:

“ah, ‘mau’ alimentação, sedentarismo, excesso de comida com sal, excesso de guloseimas, tem a questão da hereditariedade” ACS-10.

“alimentação né” ACS-5.

No que se refere às complicações da HAS em crianças, os termos mais frequentes foram relacionados a: (1) *Problemas cardíacos* (69,6%): “infarto”, “problemas no coração”, “problemas cardíacos”; (2) *Acidente Vascular Cerebral (AVC)* - 47,8%: “AVC”, “só causa AVC, a pessoa fica até paraplégico”; (3) *Óbito* (34,8%): “morte”, “morte, se não tratar”; (4) *Problemas renais* (8,7%): “problemas renais”, “problemas nos rins”.

Outras complicações foram citadas, porém foram menos frequentes (4,3%): edema, criança pouco ativa e dependência de medicamentos. Semelhantemente à questão anterior, dois entrevistados ficaram inseguros no momento de responder e relataram dificuldades sob o argumento de não apresentar casos desse tipo em sua área de abrangência e nem ter tido capacitação; todavia, os mesmos deveriam estar preparados/capacitados para orientar e prevenir essas enfermidades e não apenas obter conhecimento depois que o caso já estiver estabelecido:

“é difícil, porque eu nunca tive na minha área e nem teve capacitação, se for como adulto, pode causar até morte” ACS-9.

“eu não vou saber te falar direito, porque nesses 14 anos não tive na minha área, mas deve ser como adulto, AVC, será?” ACS-13.

A literatura nos traz que pode desencadear que as complicações da HAS podem ser: diabetes mellitus, aumento da EMI da carótida, redução da complacência arterial, estreitamento arteriolar na retina, crise hipertensiva, HAS na vida adulta, AVE, morte súbita, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, doença renal crônica, (FRAPORTI; ADAMI; ROSOLEN, 2017; SBC, 2016); quanto as respostas dos ACS quando questionados sobre esse assunto, percebeu-se que as respostas mais completas, quando comparada com a literatura, citaram 3 complicações, representando 13% dos entrevistados; as respostas mais simples e generalistas citaram 1 complicação em suas falas (47,8%). A seguir, alguns exemplos, respectivamente:

“pode causar infarto, AVC, doenças relacionadas ao coração no geral” ACS-1.

“tantas coisas, problemas do coração” ACS-23.

Em relação ao questionamento sobre o que é DM, as expressões mais comuns no discurso dos ACS dividiram-se em: (1) *Glicemia* (43,5%): “excesso de açúcar no sangue”, “aumento da glicemia”, “aumento da glicose no sangue”; (2) *Hábitos alimentares* (17,4%): “evitar o doce”, “cuidado com o açúcar”, “má alimentação”, “evitar frituras”; (3) *Problemas no pâncreas/produção de insulina* (17,4%): “insuficiência da insulina”, “pâncreas deixa de produzir insulina”, “pâncreas não funciona ou não funciona a metade”; (4) *Doença crônica* (13%): “doença crônica”, “crônica”; (5) *Genética* (13%): “genética”, “hereditária”, “fator genético”.

As definições citadas por eles com menor frequência (4,3%): falta de exercício físico e doença com complicação gravíssima. Um entrevistado não soube responder.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2017, p. 19) diz que “o diabetes mellitus consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo”. Ao analisar as respostas dos entrevistados, observou-se que a maioria das respostas chegou próximo a definição referência (52,2%), enquanto que outros ficaram mais distantes ou não souberam se expressar bem (47,8%), como pode ser visto a seguir, respectivamente:

“no diabetes, o pâncreas deixa de produzir insulina, então aumenta a glicose no sangue, porque a insulina produzida não é suficiente para processar” ACS-13.

“é uma doença com complicação gravíssima” ACS-9.

“é que acontece num sei o que lá no pâncreas né, que produz muita insulina, e quando a pessoa come muito açúcar, o pâncreas estará funcionando de forma irregular para produzir insulina” ACS-5.

A respeito dos fatores determinantes para DM em crianças, destacaram-se em suas falas: (1) *Hábitos alimentares* (78,3%): “má alimentação”, “maus hábitos alimentares”, “excesso de açúcar/guloseimas”, “refrigerante”; (2) *Genética* (47,8%): “hereditariedade”, “hereditário”, “vem de família”, “genética”; (3) *Obesidade* (8,7): “obesidade”.

Houve ainda outros fatores mencionados pelos ACS durante as entrevistas, contudo, em menor frequência (4,3%): estresse, sedentário, diabetes gestacional, falta de educação nutricional, não amamentação exclusiva e cuidado dos pais com a criança.

A literatura nos traz que são obesidade, sedentarismo, rápido crescimento, infecções virais, estresse psicológico, história familiar da doença, hábitos dietéticos, diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial, dislipidemia, baixa renda materna, parto prematuro, criança grande para idade gestacional, exposição precoce a alimentos com glúten (SBD, 2018; HALIPCHUK et al., 2018). Com base nisso, observou-se que os entrevistados que mais expuseram fatores em suas falas corresponderam a 13% dos entrevistados citando 3 fatores determinantes, grande parte das respostas foi mais direta e simples citando 1 fator ou nenhum (47,8%), como pode ser visto a seguir, respectivamente, ainda, assim como em sua percepção sobre HAS, citaram apenas os fatores mais próximos aos saberes popular:

“maus hábitos alimentares, obesidade também irá contribuir, depende também da gestacional, da alimentação da mãe, porque o diabetes gestacional é um fator de risco para as crianças” ACS-5.

“eu acho que a alimentação”. ACS-8.

Quando questionados sobre quais seriam as complicações do DM em crianças, foi possível identificar os mais citados: (1) *Amputação* (52,2%): “perca de membros”, “amputação de membros”; (2) *Problemas visuais* (47,8%): “cegueira”, “perder a visão”, “problema na visão”; (3) *Problemas renais* (17,4%): “afetar o funcionamento dos rins”, “problema renal”, “hemodiálise”, “rins”; (4) *Difícil cicatrização/lesões* (13%): “úlceras”, “lesões”, “feridas de

difícil cicatrização”, “pé diabético”; (5) *Óbito* (13%): “morte” e Problemas cardíacos, 13%: “infarto”, “problemas cardíacos”; (6) *Circulação*, 8,7%: “má circulação”.

“complica a visão né, amputação de membros, acho que os órgãos em si também afetam” ACS-8.

Outras complicações menos presentes nas falas dos ACS (4,3%): desmaios frequentes, complicação com internamento, órgãos afetados, cansaço físico, inchaço, hipertensão arterial, dependência de medicamentos/insulina, depressão. Um entrevistado respondeu com base nos seus conhecimentos sobre DM em adultos e um entrevistado não soube responder.

Entre as complicações do DM em crianças abordadas na literatura referência, encontram-se a retinopatia, nefropatia, amputação de membros inferiores, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, hipertensão arterial, doença renal, dislipidemia, depressão, problemas bucais (gengivite, doença periodontal, xerostomia, disfunção das glândulas salivares, aumento da susceptibilidade a infecções bacterianas, virais e fúngicas, cáries, abscessos periapicais, perda de dentes, alterações do paladar, líquen plano, síndrome da boca ardente e glossodínea), elevação da taxa de mortalidade, problemas hepáticos (SBD, 2017; PEREIRA, 2012; COSTA et al., 2016; ADA, 2017). A partir dessa referência, constatou-se que o ACS que apresentou uma resposta mais completa citou em sua fala 4 complicações e representou 4,3% dos entrevistados; a maioria foi mais superficial em suas falas citando apenas 1 fator ou nenhum (56,5%), como pode ser visto a seguir, respectivamente:

“as complicações do diabetes são várias, pode afetar o coração, os rins, os membros inferiores, a visão também” ACS-7.

“pode ficar com problema na visão, né” ACS-15.

Devido à inquietação a partir da ausência de respostas de alguns profissionais sobre sua própria percepção sobre HAS e DM, procurou-se saber se lhes foi ofertada capacitação e há quantos anos eles trabalhavam para poder compreender o contexto desses indivíduos.

Neste sentido, percebeu-se que o entrevistado que não soube responder quando questionado sobre o que seria HAS trabalhava na profissão no período entre 6 meses e 3 anos e não havia tido nenhum tipo de capacitação. Já os que não responderam o questionamento sobre os fatores determinantes para HAS em crianças, tinham o seguinte perfil: todos acima de 4 anos de trabalho e capacitados, com exceção de um que não relatou capacitação (entre 8 e 11 anos de trabalho). Em relação aos questionamentos sobre DM, um entrevistado não respondeu sobre o que seria DM e outro não soube dizer quais seriam as complicações; ambos tinham mais de 15 anos de atuação e não apresentavam nenhum tipo de capacitação.

Por fim, quando questionados sobre como deveria ser a alimentação de uma criança, foi possível identificar os seguintes eixos temáticos: (1) Exclusão de alimentos, (2) alimentação saudável, (3) priorização de alimentos, (4) acompanhamento nutricional e (5) aleitamento materno.

No que se refere à exclusão de alimentos, ponto esse presente na fala de 87,6% dos entrevistados, foram abordadas expressões como: “menos massas”, “diminuição do açúcar”, “tirar refrigerante”, “nada de fritura/gorduras”, “evitar alimentos embutidos/enlatados”, “evitar alimentos com conservantes”, “evitando industrializados”. Em relação ao eixo sobre alimentação saudável, foi citado por 43,5% dos entrevistados e continha as seguintes expressões: “hábitos alimentares saudáveis”, “alimentação saudável”, “comida mais sadia”, “alimentos saudáveis”. As falas abaixo são bastantes representativas quanto a esses eixos:

“ah, a alimentação da criança tem que evitar alimentos com conservantes, frituras, gorduras, doces [...]” ACS-16.

“com alimentação saudável né, com frutas, verduras, sem essas ‘alimentação’ que as mães dão né, refrigerante para escola, né” ACS-19.

A respeito da priorização de alimentos, presente na fala de 39,1% dos ACS, foram abordados os seguintes termos: “verdura”, “legumes”, “mais natural possível”, “mais frutas”, “sucos naturais”, “alimentos naturais”. No que tange o acompanhamento nutricional, 13% citaram expressões como “acompanhamento nutricional”, “acompanhamento de nutricionista”, “encaminhar pro nutricionista”. O eixo sobre aleitamento materno foi composto por expressões citadas por 8,7% dos ACS, sendo essas expressões: “aleitamento materno exclusivo”, “aleitamento exclusivo aos 6 meses”. A seguir, algumas falas representativas dos eixos anteriormente citados:

“assim, o mais natural possível, frutas, cereais, legumes, nada de fritura, enlatados que as mães dão, né” ACS-9.

“comer comida saudável, bastante água, verdura, frutas e procurar a UBS para pesar, antropometria, para evitar e poder encaminhar pro nutricionista se for o caso” ACS-5.

“primeiro o aleitamento exclusivo aos 6 meses, porque vou morrer e não vejo isso, é difícil, e quando começa a comer, comer alimentos saudáveis” ACS-7.

Outros termos citados apenas uma vez durante as entrevistas: alimentação a base de proteínas, controle dos excessos, sem sal, bastante água, procurar a UBS para antropometria, comer na hora certa, educação alimentar para os pais, comer comida de verdade.

Através da junção das recomendações do guia alimentar para crianças menores de dois anos e do guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2013c, 2014b), uma alimentação adequada para crianças deve seguir os seguintes passos: aleitamento materno exclusivo até os 6 meses; após os 6 meses, introduzir gradualmente outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais - a alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e respeitando o apetite da criança; baseada em alimentos in natura e minimamente processados, a partir de diferentes alimentos ao dia, com o uso limitado de sal, processados e ultraprocessados, recomenda-se o consumo diários de frutas, verduras, e legumes.

Com base nisso, percebeu-se que as respostas dos entrevistados que mais expuseram recomendações para uma alimentação infantil baseadas nos guias alimentares, correspondeu a 4,3% dos ACS e citando 5 recomendações; já 34,8% se distanciaram mais das recomendações referência, citando apenas 1/nenhuma ou falando superficialmente sobre a alimentação e outros fatores contribuintes, o que pode demonstrar pouca segurança na resposta. Alguns exemplos a seguir, respectivamente:

“assim, o mais natural possível, frutas, cereais, legumes, nada de fritura, enlatados que as mães dão, né” ACS-9.

“assim, não só a criança, como nós, hábitos alimentares saudáveis, exercício físico é fundamental” ACS-12.

Ainda, 43,5% dos entrevistados citaram em suas falas sobre alimentação saudável, caracterizando-a apenas como priorização ou exclusão de alimentos da dieta, como pode ser visto em uma fala abaixo; todavia, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014b) uma alimentação adequada e saudável não está ligada apenas a esses fatores, mas também ao acesso permanente e regular a uma prática alimentar adequada, de forma socialmente justa, considerando os aspectos biológicos e sociais do indivíduo e as necessidades alimentares especiais; a cultura alimentar e dimensões de gênero, raça e etnia; acesso físico e financeiramente; harmonia em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas adequadas e sustentáveis de produção.

“alimentação saudável, muitas frutas, sucos naturais, evitar massas, praticar exercício também, né” ACS-11.

Percebe-se também com a fala supramencionada, que alguns entrevistados acreditam que os pais influenciam nos hábitos alimentares dos filhos; e há sim uma repercussão na alimentação, negativa ou positiva, de como se dá a interação dos pais com as crianças no momento da refeição (SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016). Além de que, quando se fala em alimentação infantil, inicialmente vem à cabeça da maioria dos ACS (87,6%) que se baseia na exclusão de certos alimentos, alimentos estes socialmente aceitos e comuns, inclusive, podendo ser utilizado com as crianças como um método de punição por parte dos pais. Desta forma, segundo Silva, Costa e Giugliani (2016), quando os pais/cuidadores utilizam estilos mais controladores de como tratar a alimentação, pode ofertar prejuízos a alimentação da criança.

Esse pensamento dos ACS acerca da alimentação, tratando-a apenas como exclusão de alimentos “pode/não pode”, dá-se pelo fato de que houve pouca capacitação sobre essa temática; contudo, a cidade oferece condições para que esse quadro mude, visto que a presença de uma instituição de ensino como uma universidade federal contando com um curso de nutrição, através de parceria com o município, pode inserir práticas e estágios nos equipamentos de saúde, contribuindo significativamente para o compartilhamento de informações. Por outro lado, como as práticas e estágios não acontecem em todas as unidades de saúde, algumas das falas mais afinadas com as recomendações de saúde para a HAS e DM podem ter influência destas atividades localizadas do curso de Nutrição.

Portanto, com o decorrer da pesquisa notou-se que há potencialidades e fragilidades para que a AB através da ESF possa ofertar estratégias eficazes de ações de educação em saúde. Entre as potencialidades observadas, encontra-se o ACS, profissional que ao realizar as visitas domiciliares pode realizar essas ações de educação em saúde com todos os públicos, sem que os mesmos necessitem se deslocar da sua residência até a UBSF, movimento difícil para alguns cidadãos devido a locomoção. Todavia, as fragilidades encontradas se relacionam a não oferta de condições adequadas de trabalho para esses profissionais, como pouca capacitação ou desatualização de capacitações, falta de materiais, dificuldade de trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho e até a desvalorização desse profissional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar a percepção dos ACS atuantes na zona urbana do município de Cuité acerca dos fatores determinantes para HAS e DM em crianças. A população de estudo foi composta por 23 ACS, tendo a maioria entre 40 e 49 anos de idade e com ensino médio completo. Houve uma predominância do sexo feminino, demonstrando a feminização dos serviços de saúde; assim como a maioria tinha filhos. Os ACS majoritariamente trabalhavam há muito tempo na profissão, acumulando maior experiência e segurança para realizar suas atividades. Ainda houve uma boa participação em atividades em comunidades sociais, como igreja/comunidade religiosa e conselho de saúde, espaços esses importantes para a criação de vínculos e fortalecimento da ESF, respectivamente.

No que concerne a realização de capacitações, percebeu-se como sendo uma grande fragilidade para o serviço, afetando a segurança do profissional para realizar as suas atribuições; entre outros fatores dificultosos, potencialmente encarados como fragilidades para o serviço de saúde, houve a falta de materiais, falta de trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho, demonstrando uma certa desvalorização desses profissionais para a AB.

Em relação a percepção sobre HAS e DM em crianças, notou-se, de modo geral, que os entrevistados apresentaram um conhecimento mais superficial, aproximando-se do conhecimento popular, assim como demonstraram insegurança ao responder os questionamentos pra esse público. E, apesar de haver uma boa variedade de fatores determinantes presentes em suas falas, poucos expuseram os específicos para o público infantil, baseando-se nos seus conhecimentos sobre o público adulto.

Outro ponto importante é que alguns entrevistados relataram não ter tido em sua área de abrangência crianças com essas enfermidades, portanto, alegaram não saber responder. No entanto, os mesmos já deveriam estar preparados para atender as demandas da população, especialmente sobre essas enfermidades que já são bastante conhecidas e comentadas, inclusive para haja a prevenção das mesmas, e não somente para realizar o tratamento após encontrar casos já estabelecidos.

A partir dessas constatações, foi possível alcançar os objetivos da pesquisa e as dificuldades encontradas durante a realização da pesquisa estiveram relacionadas ao contato com os profissionais para a realização das entrevistas, devido a disponibilidade de horário dos mesmos, assim como a influência política partidária em algumas respostas, ato comum em

idades de pequeno porte. Além de que, o estudo apresentou como uma fragilidade, o não questionamento sobre há quanto tempo foram realizadas as capacitações.

Esse estudo permitiu perceber os fatores que influenciam na atuação desses profissionais e as principais fragilidades encontradas na AB, viabilizando a busca de estratégias eficazes para o fortalecimento dos serviços de saúde do município. Portanto, é de extrema importância que haja capacitação e atualização contínua desses profissionais, como também ações que demonstrem a população e a outros profissionais da equipe da ESF a importância do ACS para a AB, pois isso irá refletir diretamente na motivação dos mesmos em realizar as suas atividades. Outros pontos importantes para serem abordados em futuras pesquisas envolvendo esse público são a análise de como os ACS enxergam o processo saúde-doença e educação em saúde, e avaliar se os ACS que trabalham há muito tempo na profissão atuaram de forma contínua; questionamentos como esses podem possibilitar a percepção de mais fatores que influenciam, de forma negativa ou positiva, o modo de atuação desses profissionais.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA. Standards of medical care in diabetes – 2017. **Diabetes Care**, v. 40, s. 1, 2017.

ARAUJO, A. F. **Condições de trabalho de agentes comunitários de saúde**. 2018. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 358-365, 2013.

BARBOSA, R. H. S. et al. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 42, p.751-765, 2012.

BARROS, D. F. et al. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.19, n.1, p. 78-84, 2010.

BENDER, K. G. et al. Condições e modificações no processo de trabalho: concepções de agentes comunitários de saúde. **Revista Jovens Pesquisadores**, v. 6, n. 2, p. 45-59, 2016.

BERRELLEZA, N. A. et al. Niveles de presión arterial en niños y adolescentes com sobrepeso y obesidad en el noroeste de México. **Enfermería Universitaria**, v. 14, n. 3, p. 170-175, 2017.

BEZERRA, Y. R. N.; FEITOSA, M. Z. S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 813-822, 2018.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 4, 2006.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário da Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, 6 out. 2006. P. 46101.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.: (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed., 2 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p.: (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Decreto-lei nº 13.595, de 5 de Janeiro de 2018. Dispõe sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 18 abr. 2018. Seção 1, p. 3.

BÜHRING, F. L. et al. **Desafios da promoção de saúde a partir do relato de uma agente comunitária de saúde**. Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel. V. 3. São Miguel do Oeste: Editora Unoesc, 2018. Disponível em:<
<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/19802>>. Acesso em: 4 jan. 2019.

CARDOSO, J. L. **Pressão arterial, crescimento alcançado e estado nutricional de crianças de seis e de dez anos de idade de escolas públicas de Florianópolis, Santa Catarina**. 2014. 112 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CORDEIRO, J. P. et al. Hipertensão em estudantes da rede pública de Vitória/ES: Influência do sobrepeso e obesidade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 22, n. 1, p. 59-65, 2016.

COSTA, R. M. et al. O paciente diabético na clínica odontológica: diretrizes para o acolhimento e atendimento. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 333-340, 2016.

CUPPARI, L. **Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto**. Barueri, SP: Manole, 2005.

DAVOGLIO, R. S. et al. Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017.

DUTRA, H. S.; WERNECK, L. M. F.; GOMES, A. L. Crianças com diabetes: percepções maternas. **Revista de Enfermagem - UFJF**, v. 1, n. 2, p. 195-203, 2015.

ENGELA, M. H. T. et al. Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é fundamental**, v. 10, n. 1, p. 75-84, 2018.

FALKNER, B. Does potassium deficiency contribute to hypertension in children and adolescents?. **Current Hypertension Reports**, v. 19, i. 5, 2017.

FERRAZ, L.; AERTZ, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FLORES, J. M. S. et al. Estrategias maternas de alimentación y actividad física para prevenir la diabetes mellitus tipo II en hijos escolares. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, n. 48, p. 185-196, 2017.

FOGAÇA, C. A.; TOMBINI, K.; CAMPOS, R. A valorização profissional do agente comunitário de saúde. **Saúde & Meio Ambiente**, v. 6, n. 2, p. 77-93, 2017.

FORTE, F. D. S. et al. Integração ensino serviço: percepção de agentes comunitários de saúde sobre capacitação. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, p. 235-243, 2018.

FRANÇA, E. N. S. **Diabetes mellitus na infância: Os desafios da dieta**. 2015. 16 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.

FRAPORTI, M. I.; ADAMI, F. S.; ROSOLEN, M. D. Fatores de risco cardiovascular em crianças. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 36, n. 10, p. 699-705, 2017.

GARCIA, A. C. P. et al. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: Do perfil às atividades desenvolvidas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, F. C.; FARIA, C. C. C. O acesso aos serviços de saúde: uma análise na perspectiva do gênero. **Revista Perquirere**, v. 13, n. 1, p. 135-147, 2016.

HALIPCHUK, J. et al. Prenatal, obstetric and perinatal factors associated with the development of childhood-onset type 2 diabetes. **Canadian Journal of Diabetes**, v. 42, p. 71-77, 2018.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.

LINO, M. M. et al. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012.

LOMELÍ, C. et al. Hipertensión arterial sistémica en el niño y adolescente. **Archivos de Cardiología de Mexico**, v. 78, s. 2, p. 82-93, 2008.

MACHADO, L. M. et al. Estratégia saúde da família: A percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, i. 2, p. 1105-1112, 2015.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORGAN, G. **Imagens da organização: edição executiva**. Tradução Geni G. Goldschmidt. 2 ed. 4ª reimpressão - São Paulo: Atlas, 2002.

MOURA, F. M. **Vivências de crianças com diabetes mellitus tipo 1**. 2016. 175 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

NASCIMENTO, V. F. et al. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Santa Maria**, v. 43, n. 1, p. 60-69, 2017.

OKIDO, A. C. C. et al. As demandas de cuidado das crianças com diabetes mellitus tipo 1. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2017.

- PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações**, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017.
- PEREIRA, A. I. A. **Diabetes em odontopediatria**. 38 p. Monografia (Mestrado em Medicina Dentária)- Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, 2012. Disponível em:< <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/60832/2/Ana%20Isabel%20AvelarmonografiaDiabetesemOdontopediatria.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2019.
- PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.
- QUEIROZ, V. M. et al. Prevalência e Preditores Antropométricos de Pressão Arterial Elevada em Escolares de João Pessoa – PB. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 5, p. 629-634. 2010.
- RIBEIRO, W. A. et al. Educação em saúde aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. **Revista Pró-univerSUS**, v. 8, n. 2, p. 110-114, 2017.
- ROECKER, S. **A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2 na estratégia saúde da família: trabalho, percepção e vivência de agentes comunitários de saúde**. 2017. 162 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.
- SANTOS, E. B.; FILHO, A. S. M.; FERNANDES, M. A. Análise do conhecimento dos agentes comunitários de saúde da unidade de saúde da família de uma cidade do interior da Bahia sobre hipertensão arterial. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 11, n. 39, p. 432-451, 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, s. 3, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Manual de contagem de carboidratos para pessoas com diabetes. 2016. Disponível em:< <https://www.diabetes.org.br/publico/images/manual-de-contagem-de-carboidrato2016.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SILVA, G. A. P.; COSTA, K. A. O.; GIUGLIANI, E. R. J. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 3, s. 1, p. S2-S7, 2016.

SILVA, M. M. F. **Promoção da saúde**: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir da sua formação e da sua prática. 2009. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2010.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 327-339, São Paulo, 2010.

WHELTON, P. K. et al. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. 2017. Disponível em:< <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/HYP.0000000000000065>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado participante,

Solicitamos a você uma autorização para a participação da pesquisa: “Percepção dos agentes comunitários de saúde frente aos fatores determinantes para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em crianças” que está sendo desenvolvida pela aluna: Jainni Dias Freires, discente do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação da Prof. (a) Me. (a): Ana Beatriz Macedo Venâncio dos Santos.

A pesquisa tem como principal proposta analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde frente aos fatores determinantes para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em Crianças. Além disso, a pesquisa também visa identificar a prevalência dessas enfermidades nas crianças atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité-PB.

A participação na pesquisa é voluntária, ou seja, não é obrigatório, o que significa que você poderá decidir se pretende ou não participar. Caso opte por não consentir ou então desistir a qualquer momento da pesquisa, você não será penalizado, nem terá prejuízos de nenhuma maneira. A participação não acarreta em nenhum custo ao Sr., sendo os custos de total responsabilidade da coordenadora da pesquisa. No entanto, a sua participação tem grande importância para a execução da pesquisa. Caso decida participar, vão ser realizadas entrevistas semi estruturadas, mediante o auxílio de um questionário além de gravações de áudios. Só haverá a gravação se houver o consentimento do entrevistado(a). A privacidade e confidencialidade das informações prestadas serão asseguradas e seu nome não será identificado em momento nenhum.

Para diminuir as chances de haver constrangimentos, o entrevistado estará em um ambiente no qual ele sinta-se seguro para responder os questionamentos da pesquisa. Em arquivos digitais as entrevistas transcritas serão armazenadas e estarão acessíveis apenas para a equipe de pesquisadores.

Essa pesquisa cumpre as exigências contidas nos itens IV. 3 e IV. 4 da Resolução nº466/12 – CONEP, visto que envolve seres humanos.

O documento foi redigido em duas vias, você ficará com uma via deste Termo e a outra com a pesquisadora. Toda e qualquer dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa e da sua participação, poderá perguntar diretamente para a Prof. (a) Me. (a): Ana Beatriz Macedo Venâncio dos Santos. Endereço: Olho D'Água da Bica s/n - Cuité-PB, CEP: 58175-000, Telefones: (83) 9 9651-4354 ou pelo email: biabeatrizvenancio@gmail.com.

É possível, também, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa onde foi apreciada a pesquisa, através do endereço: CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

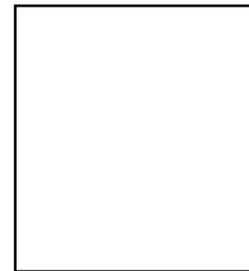
Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa: Circuito curto de comercialização: a experiência da feira agroecológica da cidade de Cuité/PB, autorizo a gravação de voz e divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas.

Cuité (PB), ____/____/____

Participante da pesquisa

Nome: _____

Assinatura: _____



Impressão
datiloscópica do
participante

Pesquisador responsável

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – Questionário para entrevista.

QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA

PESQUISA: PERCEPÇÃO DOS ACS FRENTE AOS FATORES DETERMINANTES PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS EM CRIANÇAS

Q1. DATA DA ENTREVISTA: ___/___/_____ **Q2. UBSF:** _____

Q3. Idade: _____ (Anos)

Q4. Sexo: 1.() Feminino 2.() Masculino 3.() Outro

Especifique _____

Q5. O Sr. (a) tem filho(s)? 1.() Sim 0.() Não 99.() NS/NR

Q5.1. Se sim, quantos? _____

Q6. Qual seu grau de escolaridade?

1.() Ensino Fundamental Incompleto

2.() Ensino Fundamental Completo

3.() Ensino Médio Incompleto

4.() Ensino Médio Completo

5.() Técnico profissionalizante*

6.() Ensino Superior Incompleto*

7.() Ensino Superior Completo*

99.() NS/NR

*Para as alternativas 5, 6 e 7, citar qual (quais) curso(s):

_____.

Q7. Já teve participação em atividades com outras comunidades anteriormente? (pode marcar mais de 1 alternativa).

1.() Associação de bairros/moradores

2.() Associação de pais e mestres

3.() Conselho de Saúde

4.() Conselho Tutelar

5.() Igreja/comunidade religiosa

6.() Não participa/participou

7.() Outros* Especifique: _____.

99.() NS/NR

Q8. O que motivou o Sr.(a) a ser ACS?

1.() Gostar da área da saúde

2.() Já conhecia o trabalho do ACS e quis trabalhar na área?

3.() Gostar de trabalhar com pessoas

4.() Colaborar para melhorar a saúde da comunidade onde vive

5.() Visualizou uma oportunidade de emprego, mesmo não sabendo muito bem o que ia fazer

6.() Outros. Qual? _____.

99.() NS/NR

Q9. O Sr.(a) atua como ACS há quanto tempo?

- 1.() 6 meses a 3 anos
 2.() 4 a 7 anos
 3.() 8 a 11 anos
 4.() 12 a 14 anos
 5.() > 15 anos
 99.() NS/NR

Q10. O Sr.(a) reside na Microárea em que trabalha como ACS?

- 1.() Sim 0.() Não 99.() NS/NR

Q11. O Sr. (a) alguma vez recebeu algum tipo de capacitação para o público infantil?

- 1.() Sim 0.() Não 99.() NS/NR

Se sim, qual tipo de capacitação?

Q12. O Sr (a). se sente apto a realizar ações de educação em saúde para o público infantil?

- 1() Sim 0() Não 2. () Em partes 99. () NS/NR

Por

quê?

Q13. O Sr(a) considera que tem algum fator que dificulta a realização de ações de educação em saúde?

- 1.() Sim 0. () Não 99. () NS/NR

Q14. Se sim, quais os principais? (pode marcar mais de 1 alternativa).

- 1.() Sobrecarga de trabalho
 2.() Falta de conhecimento sobre determinados assuntos
 3.() Falta de trabalho em equipe
 4.() Desvalorização do ACS
 5.() Resistência da população
 6.() Outro Especifique: _____
 99.() NS/NR

Q15. O Sr(a). acredita que sua profissão é valorizada pela população e/ou outros profissionais da saúde?

1. () Sim 0.() Não 3.() Em partes 99.() NS/NR

Q17. O que o Sr(a) entende por Hipertensão Arterial?

Q18. Quais são os fatores determinantes para Hipertensão Arterial em crianças (Reforçar cada fator citado)?

Q19. O que o Sr(a) entende por Diabetes Mellitus?

Q20. Quais são os fatores determinantes para Diabetes Mellitus em crianças (Reforçar cada fator citado)?

Q21. Com relação à alimentação da criança, como o Sr(a) acha que deve ser?

Q22. Quais são as COMPLICAÇÕES que podem surgir a partir da Hipertensão Arterial em crianças?

Q23. Quais são as COMPLICAÇÕES que podem surgir a partir do Diabetes Mellitus em crianças?
