

# Uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem na formação permanente de Agentes Comunitários de Saúde em Hipertensão Arterial

## Use of Learning Management Systems in the ongoing training of Community Health Agents in Hypertension

Andrea da Freiria VIEIRA [1](#); Edilson Carlos CARITÁ [2](#); Silvia Sidnéia da SILVA [3](#)

Recibido: 13/03/2017 • Aprobado: 15/04/2017

### Conteúdo

- [1. Introdução](#)
  - [2. Metodologia](#)
  - [3. Resultados e Discussão](#)
  - [4. Conclusões](#)
- [Referências bibliográficas](#)

#### RESUMO:

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um relevante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Com a designação de Agentes Comunitários de Saúde para atuarem nos espaços de prevenção de doenças e promoção de saúde evidenciou-se a necessidade de capacitá-lo para o atendimento à comunidade. O objetivo deste trabalho é apresentar o uso de um Ambiente Virtual de Aprendizagem para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde de uma cidade do interior paulista, Brasil, sobre a temática Hipertensão Arterial. Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal e abordagem quali-quantitativa. A análise quali-quantitativa permitiu a aproximação das percepções dos Agentes Comunitários de Saúde, bem como a análise estatística acerca das informações referentes à amostra e ao tema. O uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem no processo de ensino-aprendizagem contribuiu para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde.

**Palavras chave:** Formação permanente. Agentes

#### ABSTRACT:

Systemic Arterial Hypertension is a relevant public health problem in Brazil and in the world. With the designation of Community Health Agents to work in the areas of disease prevention and health promotion, there was a need to empower it to serve the community. The objective of this work is to present the use of a Virtual Learning Environment for the training of Community Health Agents of a city in the interior of São Paulo, Brazil, on the subject of Hypertension. This is a descriptive study, with a cross-sectional design and a qualitative approach. The quantitative analysis allowed the approximation of the perceptions of the Community Health Agents, as well as the statistical analysis about the information about the sample and the theme. The use of the Virtual Learning Environment in the teaching-learning process contributed to the qualification of Community Health Agents.

**Keywords:** Ongoing formation. Community Health Agents. Information Technology. Arterial hypertension.

# 1. Introdução

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

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

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

Sob essa ótica, destina-se aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a possibilidade de exercer a articulação entre os profissionais da equipe de saúde da família e o serviço local de saúde com a comunidade. Nessa direção, o SUS tem, entre seus objetivos, a garantia de acompanhamento sistemático aos indivíduos portadores de doenças crônicas, enfermidades estas que impactam na morbimortalidade da população, como as doenças do aparelho circulatório que representam um importante problema de saúde pública e por algumas décadas, vêm se apresentando como a primeira causa de morte no Brasil, segundo os registros oficiais (Brasil, 2014).

Por esse motivo, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes *Mellitus* (DM), com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estes grupos de agravos às pessoas, investindo na atualização dos profissionais de saúde da rede básica.

Para operacionalizar a capacitação citada anteriormente, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu como estratégia de investimento na qualificação profissional para superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2006), constituindo-se em uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho, centro privilegiado de aprendizagem. É voltada para a prática educativa pautada no cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva multiprofissional e interdisciplinar favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências, em espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (Brasil, 2009).

Quando se pretende discutir processo de formação ou qualificação de recursos humanos é fundamental termos clareza de três aspectos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional (Alves, 2004); aspectos esses que remetem à complexidade e dimensão dos desafios colocados para o processo de formação e qualificação do ACS.

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

Para os autores, os programas educacionais devem ser elaborados e baseados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores,

reflexivos e críticos, centrados no estudante e, quando possível, inserindo novas tecnologias, como a Educação a Distância (EAD).

Este estudo tem como objetivo apresentar o uso de um Ambiente Virtual de Aprendizagem para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde de uma cidade do interior paulista, Brasil, sobre a temática Hipertensão Arterial.

---

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal, e abordagem qualitativa, realizado com Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Leste do Município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil.

O Distrito Leste de Saúde em questão tem população estimada de 159.802 habitantes, atendida em 07 unidades de saúde, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) Castelo Branco, a Unidade de Saúde da Família (USF) Jardim Zara, a UBS Vila Abranches, a UBS Jardim Juliana, a UBS São José, a UBS Santa Cruz e a UBS Bonfim Paulista; possuindo ainda 62 ACS, prestadores de serviços na área delimitada.

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

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

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

Foram incluídos no estudo os servidores que têm a função de atendimento ao usuário como ACS do Distrito Leste do município de Ribeirão Preto/SP, Brasil; e excluídos do estudo os agentes de outros Distritos, diferentes do Leste; aqueles que se recusaram a participar ou não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após ciência dos objetivos do estudo.

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

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

O curso de formação permanente oferecido aos ACS na modalidade semipresencial, por meio de AVA, sobre o tema Hipertensão Arterial, foi realizado nas dependências de um dos Laboratórios de Informática da Universidade de Ribeirão Preto, para a coleta de dados, presencial, no primeiro e no último dia da formação permanente. O primeiro encontro presencial serviu para explanação e explicação dos procedimentos de acessibilidade ao AVA e no último encontro foi proposta a avaliação e integração dos ACS. O restante da coleta de dados ocorreu por meio do AVA.

Para garantir acesso à Internet no local de trabalho dos participantes do estudo foi realizado um acordo com o Setor de Informática da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, que autorizou a

liberação da Internet para as Unidades Básicas, abrangidas no estudo. Até o momento da pesquisa, o acesso era realizado apenas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e HIPERDIA (Sistemas de Informação Governamentais).

No primeiro encontro, após aprenderem como acessar o AVA, bem como testarem seus login e senha, foi apresentado um vídeo intitulado: Agentes em Ação: Quem é o Agente?

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

O módulo II ocorreu, integralmente, no AVA. Neste módulo, o ACS teve a possibilidade de acessar os vídeos sobre os temas: educação nutricional alimentando uma vida saudável, com ênfase nos perigos do sal em excesso.

No terceiro módulo, foi abordado o tema Atividade Física para os hipertensos, por meio da apresentação de um vídeo retratando os benefícios da atividade física para o coração, com complementação por meio de leitura sobre as recomendações para a realização de atividade física para o hipertenso, focando as orientações que os ACS podem fornecer e um fórum de discussão sobre o tema para melhores esclarecimentos a respeito do assunto, possibilitando a troca de informações.

No módulo III, procuramos ilustrar o conteúdo proposto para estudo, bem como pontuar que o curso já atingia 50% de sua realização, em busca de estimular os ACS para participação.

O quarto módulo serviu para o ACS se capacitar quanto aos cuidados com as complicações da hipertensão arterial. Inicialmente foi disponibilizado um vídeo sobre o aprender e conviver com a hipertensão, com conteúdos específicos para o ACS. Posteriormente, a leitura de material complementar referente ao protocolo de hipertensão e diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP, Brasil. Ademais, foram disponibilizadas algumas imagens ilustrativas com fotos sobre as complicações da hipertensão arterial.

No quinto módulo, o tema abordado foi tratamento medicamentoso e acompanhamento das pessoas com HA na atenção básica. Nesse momento oferecemos um fórum de discussão para os ACS sobre as facilidades e dificuldades da adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos hipertensos.

Após a atividade supracitada foi disponibilizado um vídeo que apresentava algumas alternativas para organizar os medicamentos dos hipertensos no domicílio. O sexto e último módulo ocorreu no formato presencial.

Realizou-se a avaliação final com a aplicação do mesmo instrumento do primeiro módulo, com questões de conhecimento específico e um *feedback* sobre o curso.

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

A análise qualitativa dessas respostas ocorreu extraíndo-se os relatos dos participantes, disponíveis no AVA. As narrativas foram revisadas no sentido de garantir sua transcrição exatamente como foram registradas, e tiveram seus conteúdos retomados para leituras. Os comentários foram registrados de forma objetiva pelos participantes, com as respostas referentes à questão: Você faria um novo curso de capacitação neste modelo? Por quê?

---

### **3. Resultados e Discussão**

Na análise quantitativa avaliamos o perfil socioeconômico e demográfico dos agentes comunitários de saúde pertencentes ao Distrito Leste de saúde do município de Ribeirão

Preto/SP, Brasil, e os resultados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos prévia e, posteriormente, à capacitação permanente. As variáveis analisadas foram elencadas a partir de um formulário contendo dados referentes ao sexo, idade, escolaridade, unidade de trabalho, tempo de trabalho na unidade de saúde, tempo de atuação como ACS, renda mensal e participação em outros cursos de capacitação sobre HA, temática discutida no estudo.

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

A amostra totalizou 29 ACS, que atenderam aos critérios de inclusão neste estudo. Desses, 28 ACS são do sexo feminino (96,55%) e 01 participante correspondente ao sexo masculino (3,45%).

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

Quanto à variável idade evidenciamos o predomínio de idade média de 46 anos entre as mulheres participantes do estudo, com no máximo 66 anos e mínimo 22 anos, e desvio padrão de 12 anos.

Com relação aos dados correspondentes à variação da idade, distribuídos conforme a faixa etária dos sujeitos, envolvidos no estudo, identificamos o predomínio da faixa etária entre 38 a 46 anos, 08 (27,6%); com 02 ACS (6,9%) apresentaram-se na faixa etária entre 22 e 30 anos, 05 ACS (17,24%) entre 30 a 38 anos, 05 ACS (17,24%) entre 46 a 54 anos, 06 (20,7%) ACS entre 54 a 62 anos e 3 (10,34%) entre 62 a 70 anos.

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

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

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

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

Quanto ao tempo de trabalho dos ACS na UBS de origem podemos constatar que 9 (31%) trabalham na sua respectiva unidade, num tempo variando de até 3 anos; 4 (13,8%) entre 9 a 12 anos e 16 (55,2%) atuam de 12 a 15 anos na mesma UBS. O tempo médio de trabalho foi de 9,7 anos e o desvio padrão de 5,4 anos.

Considera-se que quanto maior o tempo trabalhado como ACS maior será sua contribuição para a ESF, devido ele conhecer melhor a comunidade e suas necessidades de saúde, ressaltando-se que quanto maior o tempo de trabalho na mesma unidade de saúde maior o vínculo existente entre o ACS e a população por ele atendida. Segundo Ferreira (2009), as relações e experiências vivenciadas no exercício profissional criam laços de solidariedade, confiança e

cumplicidade entre famílias e ACS.

Na análise da variável, renda mensal, verificamos que a maioria, 14 (48,3%), ganha entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.500,00. Em pesquisa de Ferraz e Aerts (2005) identificaram que a renda per capita dos ACS caracteriza-os como população de baixa renda, tendo uma inserção econômica muito semelhante à da população por eles assistida. No presente estudo a maioria da amostra tem renda mensal entre um e meio, a dois salários mínimos, em real.

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

Para a análise quantitativa do desempenho dos ACS, considerou-se o *escore* total das dez questões do questionário pré e pós-capacitação. Notamos que a média de acertos dos ACS, relativo ao conteúdo sobre HA foi de 8,7 acertos, com máximo de 10 e mínimo de 6 acertos, apresentando, portanto, bom nível de conhecimento prévio sobre o tema. A mediana foi de 9,0 e o desvio padrão foi de 0,90.

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

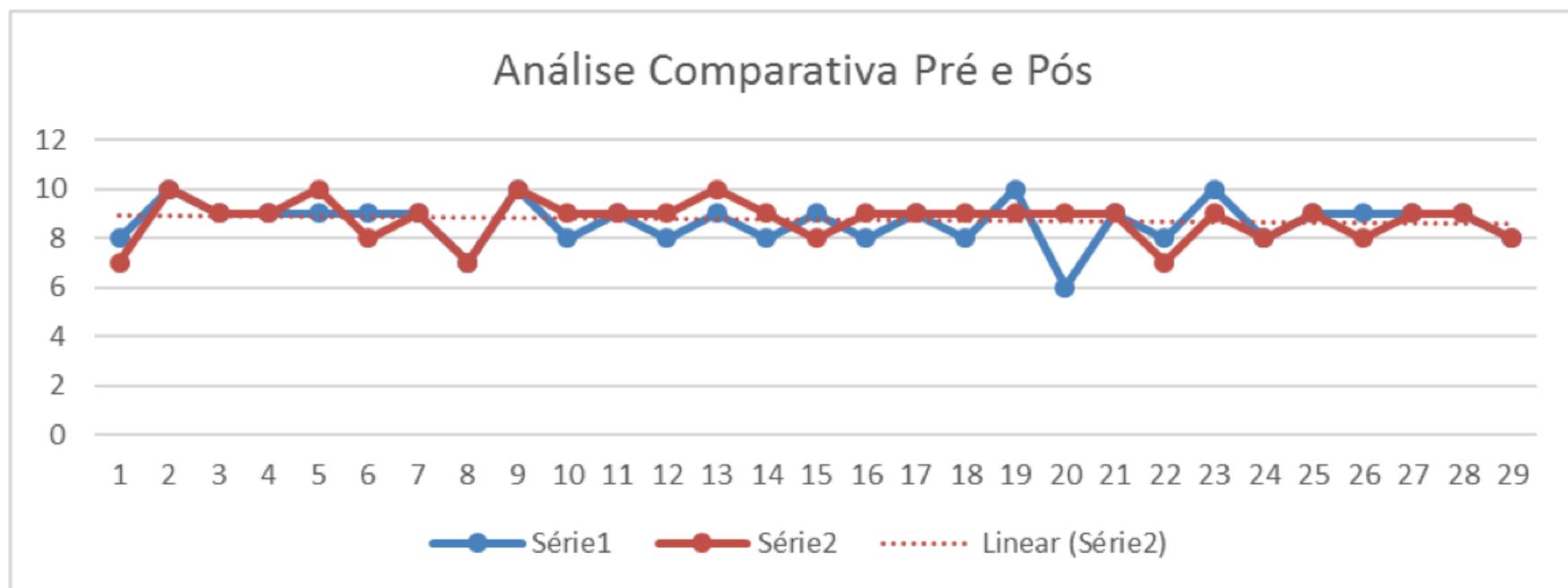
A possibilidade do uso da bagagem de vida de cada participante do presente estudo, para a construção de seus saberes, moveu-nos do lugar comum quando somente ministrávamos conteúdos, pela transmissão de conhecimentos, como no modelo tradicional de ensino, onde os educandos são apenas receptores passivos de conteúdos prontos. Assim, houve a valorização dos conhecimentos prévios e os vínculos advindos das associações de conhecimentos, já aprendidos com os novos conteúdos a serem construídos.

Constatamos que após a realização da capacitação permanente a média de acertos subiu para 8,8 com máximo de 10 e mínimo de 7 acertos, o que demonstra que a capacitação foi colaborativa e que o curso agregou conhecimentos aos participantes, pois obtivemos um maior número de pessoas com notas acima da média, em torno de 16,7%, sendo 18 (62,06%) participantes acima da média na avaliação pré e 21 (72,41%) de participantes acima da média na avaliação pós capacitação; com o desvio padrão de 0,83, nessa etapa.

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

A capacitação permanente aos ACS ocorreu na modalidade semipresencial, de forma coletiva, com todos os ACS tendo acesso ao material, em um mesmo período, além dos encontros presenciais se darem no mesmo momento. As questões que mais se destacaram foram aquelas referentes às atribuições do ACS, educação em saúde, fatores de risco para a hipertensão arterial. Nesses temas as ACS obtiveram nota máxima, estando, pois aptas e pautadas no conhecimento adquirido com a leitura dos materiais e a vivência de cada uma delas.

Buscando a síntese da avaliação pré e pós-capacitação associando os resultados de desempenho dos ACS, em todas as Unidades de Saúde, observamos que houve uma linha de tendência ascendente, em relação ao ganho do *escore* final das notas, conforme demonstrado no Gráfico 1.



Além da abordagem quantitativa, estimulamos os participantes do curso, a partir de questões norteadoras, a registrarem seus relatos dentro dos módulos I, III e V, bem como a avaliação do curso (no módulo VI), procurando explorar qual a compreensão dos participantes acerca dos materiais disponibilizados, a dinâmica e modalidade do curso; buscando captar de forma direta e subliminar, quais os conceitos e as formas de interação que os ACS possuíam, explicitados nos relatos escritos nessa etapa do curso.

A análise qualitativa das respostas ocorreu extraíndo-se os relatos dos participantes, disponíveis no AVA. As narrativas foram revisadas no sentido de garantir sua transcrição, integralmente, e tiveram seus conteúdos retomados para leituras. Os comentários geraram um documento de oito páginas.

Os temas geradores identificados no Módulo I foram: respeito, educação e empatia com o usuário e a equipe de saúde; vínculo e escuta qualificada; capacitação e gostar do que faz.

Considerando o módulo III, as respostas possibilitaram pontuarmos que houve apreensão de conhecimentos relativos à importância da atividade física e os benefícios para os hipertensos, especialmente, pelos temas geradores encontrados: atividade física e aumento da qualidade de vida do hipertenso; atividade física e associação de fatores de promoção de saúde e prevenção de agravos; avaliação médica e acompanhamento da equipe de saúde.

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

Quanto à avaliação formativa do AVA, os participantes foram unânimes quanto à importância e qualidade do conteúdo ofertado para sua capacitação frente à hipertensão, mesmo com as dificuldades de acesso e lentidão dos processos no sistema para realizar as tarefas, ocorridas nos momentos presenciais. Os ACS relataram a troca de experiências e aprendizado, capacitação para o trabalho e para a vida, e aprendizado versus dificuldade com o manuseio do AVA.

No Módulo I os temas geradores foram resultantes das respostas referentes à questão: ACS, como você pode tornar seu trabalho mais humanizado? Na sequência apresenta-se a avaliação qualitativa segmentada pelos temas geradores.

### **3.1. Respeito, educação e empatia com o usuário e equipe de saúde**

Em alguns relatos ficou evidente a importância do cuidado humanizado prestado pelos ACS na

ESF, tratando as pessoas com carinho e respeito, como apontado nas falas: “Podemos tornar o trabalho mais humanizado tratando as pessoas com respeito e educação” (sujeito 1); “Além é claro de adquirir sempre mais conhecimento descobri que a melhor forma de tornar o meu trabalho de ACS mais humanizado, é me colocando no lugar do outro” (sujeito 4).

### **3.2. Vínculo e escuta qualificada**

Na Política Nacional de Humanização (PNH) (2004), o diálogo entre profissionais e usuários, na unidade ou no domicílio, supõe a troca de saberes. Esta afirmação evidencia-se na expressão verbal do sujeito 12 “O trabalho do ACS faz com que ele tenha um vínculo maior com a população, é ele que interliga a unidade de saúde com a população. Com esse vínculo passamos a conhecer mais as pessoas, gerando mais confiança. E, por fim, acabamos nos sensibilizando e tentando entender a dor do próximo, por natureza da própria função, executamos o nosso trabalho mais humanizado, tentando resolver os problemas da melhor forma”.

Ainda “O ACS para tornar seu trabalho mais humanizado precisa se identificar com o trabalho, realizar uma escuta qualificada durante as visitas domiciliares, estar atento aos relatos dos membros das famílias, pois cada relato é de vital importância para que a equipe de saúde possa intervir se necessário. O paciente precisa sentir-se acolhido, pois somente assim, ao confiar no profissional, passará a compartilhar informações importantes, tornando possível a análise de sua situação e assim ter suas necessidades sanadas, sejam de saúde ou de outra natureza. Agindo dessa maneira, o trabalho do ACS, assim como, o de toda a equipe obterá o sucesso pretendido. Auxiliar as famílias e, assim cumprir com o objetivo da Estratégia de Saúde da Família (sujeito 15)”.

Lembram que “entendo que o “olhar”, o “ouvir”, o “falar” com respeito e conhecimento” e o “toque!” Como, por exemplo, mão nos ombros, mãos com mãos, afagos (as vezes um simples acariciar a cabeça, por exemplo) e principalmente o sorriso espontâneo contribuem muito para que o outro sintam-se tão humano quanto aqueles com quem busca relacionar-se, especialmente na área da saúde (sujeito 16).

### **3.3. Capacitação e gostar do que faz**

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

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

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

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

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

No módulo III, considerando a análise de convergências dos relatos, foram extraídos os seguintes temas geradores que são resultantes das respostas referentes à questão: "De acordo com sua experiência como ACS, o que você considera importante para o seguimento do tratamento da hipertensão arterial na atenção básica?" Os temas geradores encontrados incluíram a atividade física e o aumento da qualidade de vida do hipertenso; atividade física e associação de fatores de promoção de saúde e prevenção de agravos; avaliação médica e acompanhamento da equipe de saúde; tratamento farmacológico e terapias complementares na hipertensão; tratamento do hipertenso e responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde; atenção básica e educação para a cidadania.

### **3.4. Atividade física e aumento da qualidade de vida do hipertenso; atividade física e associação de fatores de promoção de saúde e prevenção de agravos**

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

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

Os aspectos considerados pelos autores anteriormente contemplam as citações dos ACS, participantes do nosso estudo, ao relatarem sobre a importância da atividade física e o aumento da qualidade de vida do hipertenso: "Não só para os hipertensos como para todos os indivíduos acho de vital importância que todos procurem fazer algum tipo de atividade física para que possam ter mais qualidade de vida, saúde, autoestima, disposição (sujeito 23), "O hipertenso necessita praticar atividades físicas com mais frequência, lembrando sempre com autorização do médico que o acompanha, pois existe casos em que o paciente precisa de exercícios mais modernos como por exemplo alongamento, lembrando também que a obesidade desencadeia outras doenças (sujeito 6)". Acrescentam ainda que "primeiramente, o hipertenso deve fazer uma avaliação clínica antes de começar a realizar o exercício físico. Os benefícios incluem a diminuição da gordura corporal, efeito diurético, aumento da massa muscular, diminuição do stress, aumento da força muscular, diminuição da ansiedade. "O exercício físico melhora em todos os sentidos a condição física do indivíduo, principalmente a qualidade de vida deste (sujeito 13)".

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

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

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

### **3.5. Avaliação médica e acompanhamento da equipe de saúde**

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

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

Referem ainda que “é de extrema importância que o paciente faça o acompanhamento de sua hipertensão arterial na atenção básica, porque assim, através de ações de promoção e educação em saúde, os profissionais da equipe de saúde podem detectar precocemente a doença e reduzir seus agravos. Os profissionais possuem um conjunto de recomendações para o cuidado integral, que objetiva guiar as equipes para o acompanhamento qualificado dos indivíduos hipertensos. Possuem também, instrumentos para rastreamento, diagnóstico tratamento, acompanhamento e coordenação do cuidado e, se necessário, encaminhá-lo para outros níveis do cuidado. Os profissionais da atenção básica irão orientar o paciente quanto à mudança no estilo de vida e mostrar a importância do tratamento para maior adesão. O processo educativo se faz conjunto com profissionais de saúde e paciente (sujeito 13)”.

### **3.6. Tratamento farmacológico e terapias complementares na hipertensão**

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

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

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

Ainda os ACS, sujeitos do presente estudo, sugerem alternativas para auxiliar os hipertensos no tratamento medicamentoso, ao relatarem “para garantir a eficácia do tratamento da hipertensão arterial é preciso tomar as medicações nas horas e dosagens passadas pelo médico, se houver dificuldade em tomar os medicamentos é bom serem divididos em caixinhas e frascos etiquetados, contendo hora e tipo de medicamento para auxiliar o paciente na hora da dúvida” (sujeito 22).

### **3.7. Tratamento do hipertenso e responsabilidade compartilhada com a equipe de saúde**

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

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

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

### **3.8. Atenção básica e educação para a cidadania**

Em relação à educação como um processo de humanização que se dá ao longo do período vital, o ACS desse estudo, afirma em suas falas que: “o mais importante para o seguimento é o paciente ter consciência da gravidade das consequências de sua hipertensão não cuidada, e tomar suas medicações corretamente. Acho que todos temos uma parcela de obrigação e devemos deixar claro para os pacientes que eles também tem as suas” (sujeito 4).

Compreende-se, assim, que a saúde e a educação são inseparáveis e interdependentes, pois para se ter educação, precisa-se da saúde, ao mesmo tempo em que a saúde apenas é alcançável quando se tem uma boa educação.

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

### **3.9. Troca de experiências e aprendizado**

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

Aspectos relacionados à interatividade do ambiente virtual versus educando contemplam as citações dos ACS, ao relatarem que “esse curso foi para mim de extremo acréscimo para realização do meu trabalho e contribui ainda mais para a orientação dos pacientes; aprendi um

pouco mais apesar de termos tido alguns contratempos, essa troca de informação foi de extrema valia, agradeço a todos vocês” (sujeito 27).

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

### **3.10. Capacitação para o trabalho e para a vida**

Ao conhecermos o cotidiano profissional dos ACS, nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto/SP, Brasil, a proposta do estudo vigente, na modalidade semipresencial, nos pareceu ser a oportunidade de atualização para eles, pois poderia ocorrer de forma ativa, por acreditarmos que necessitavam de saberes específicos para sua atuação, bem como careciam de tempo para realizá-la.

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

A condução do curso, na dinâmica aplicada, possibilitou o olhar do ACS para a equipe que integrou a oferta das atividades e o sujeito 13 comentou: “primeiramente gostaria de agradecer pela oportunidade de participar desta capacitação, pois enriquece meus conhecimentos”.

### **3.11. Aprendizado versus dificuldades de acesso**

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

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

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

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

---

## **4. Conclusões**

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

No aspecto qualitativo, foram encontrados onze temas geradores a partir dos registros analisados, houve troca de experiências e referiram capacitação para o trabalho e para a vida, como evidenciado nos relatos de participantes.

Quanto à TIC e acessibilidade ficou claro que os ACS veem esta modalidade de capacitação como uma opção, pela facilidade de acesso, visto que pode ser realizada fora do local de trabalho, especialmente para aqueles ACS que não dispõem de tempo para se atualizarem, alegando que o formato do curso realizado, os levaram a prender mais a atenção, com facilidade de acesso ao material didático que proporciona o aprendizado - de forma agradável, interativa e compatível com as atividades individuais para cada sujeito. Também enfatizaram que gostaram dos vídeos e do material utilizado, bem como a escolha de um tema que motivasse os sujeitos e/ou participantes, embora tivessem ocorrido as intercorrências nos encontros presenciais quanto à ausência de acessos.

Entretanto, mesmo considerando as dificuldades supramencionadas, constatamos, pelos relatos dos ACS participantes deste estudo, que houve acréscimo de aprendizado com a capacitação realizada, bem como a facilitação para aproximação das TIC no trabalho e na vida, de cada cidadão. O desenvolvimento do AVA para Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde agregou Tecnologias de Informação e Comunicação ao processo ensino-aprendizagem, e nesse estudo, se revelou efetivo como instrumento de formação permanente semipresencial para estes profissionais no Município de Ribeirão Preto/SP, Brasil, sobre Hipertensão Arterial.

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

Ressaltamos ainda, a relevância da acessibilidade às TIC pelos ACS, por tratar-se de fonte inesgotável de conhecimento e possibilidades e, finalmente, aconselhamos capacitações com outros conteúdos, em diversos formatos, para todos os profissionais envolvidos e comprometidos com a integralidade da assistência à nossa população.

---

## Referências bibliográficas

Almeida, M.C.P. & Mishima, S.M. (2001). O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 5 (9), 150-153.

Alves, G. G. O. (2004). O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa ação como estratégia educativa. *Boletim da saúde*, 18, (1), 1-18.

Barbosa, S. P., Almeida, T. B. S. & Souza, E. B. (2009). Compreensão dos agentes comunitários de saúde sobre a importância do seu papel na visita domiciliar. *Revista Enfermagem Integrada*, 2 (2), 320-331.

Brassarola, F. A. (2014). *Capacitação de agentes comunitários de saúde em diabetes mellitus utilizando ambiente virtual de aprendizagem* (Tesis de Maestria). Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

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

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

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

SUS. Brasília, 2004.

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

Buss, P. M. (2000). Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.

Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L.C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41-65.

Ferreira, V. S. C. (2009). Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública*, 25(4), 898-906.

Ferraz, L. & Aerts, D. R. G. C. (2005). O cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde no psf em porto alegre. *Saúde em debate*, 10 (2), 374-355.

Gomes, C. A. P., Fonseca, A. L., Santos, F. J. P.; Rosa, M. B., Machado, M. C. & Fassy, M. F. (2007). *A assistência farmacêutica na atenção à saúde*. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias.

Joia, L. C., Ruiz, T. & Donalísio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista Saúde Pública; J. Public Health*, 41(1), 131-138.

Mascarenhas, C. H. M., Prado, F. O. & Fernandes, M. H. F. (2013). Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (5), 1375-1386.

Palmer, J. W. Web site usability, design, and performance metrics. (2002). *Information Systems Research*, 13( 2), 151-167.

Silva, J. A. & Dalmaso, A. S. W. (2006). *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Fiocruz.

Silva, A. A. S., Franco, G. P., Leite, M. T., Pinno, C., Lima, V. M. L. & Saraiva, N. (2011). Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*, 20 (2), 340-348.

Sociedade Brasileira de Hipertensão (2007). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*, 89(3), 24 -78.

Urquhart, J. (2000). Erratic patient compliance with prescribed drug regimens: target for drug delivery systems. *Clin Pharmacol Ther*, 67(1) 331-341.

---

1. Professora Assistente da Universidade de Ribeirão Preto. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação. Universidade de Ribeirão Preto. [enfdeia@yahoo.com.br](mailto:enfdeia@yahoo.com.br)

2. Professor Titular da Universidade de Ribeirão Preto. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação. Universidade de Ribeirão Preto. [ecarita@unaerp.br](mailto:ecarita@unaerp.br)

3. Professora Titular da Universidade de Ribeirão Preto. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação. Universidade de Ribeirão Preto. [sssilva@unaerp.br](mailto:sssilva@unaerp.br)

---

Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015  
Vol. 38 (Nº 30) Año 2017

[Índice]

[En caso de encontrar algún error en este website favor enviar email a [webmaster](mailto:webmaster)]