

A Qualificação da Visita Domiciliar do Agente Comunitário de Saúde às Pessoas com Diabetes: um relato de experiência

Milena Takamiya Sugahara¹

Alisson Nunes Gomes²

Daniel Marcos Almeida Gomes Araújo³

Igor Ferreira Borba de Almeida⁴

Luciana Pereira Barboza⁵

Manoela Carolini Maia de Souza⁶

Resumo:

A Diabetes Mellitus é uma das condições endócrino-metabólicas mais importantes no panorama epidemiológico brasileiro e mundial. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família emerge como coordenadora do cuidado e base fundamental no cuidado à pessoa com diabetes, sendo a visita domiciliar (VD) do Agente Comunitário de Saúde (ACS) uma das ferramentas para a garantia do cuidado integral. O presente artigo é um relato de experiência de um Projeto de Intervenção, proposto pelo internato em Saúde Coletiva, realizado a partir das necessidades identificadas do processo de trabalho de uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior da Bahia e teve como objetivo qualificar a VD dos ACS da territorialidade adscrita. Foram desenvolvidos momentos de educação continuada e de educação permanente que convergiram na criação e na validação em equipe de um instrumento norteador para a realização da rotina da VD do ACS às

¹ Mestre em Saúde na Comunidade pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Graduanda em Medicina. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: milenasugahara@gmail.com.

² Bacharel em Medicina. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: alissongomes2510@gmail.com,

³ Pós-graduado em Saúde da Família pela Faculdade Única. Bacharel em Medicina. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: gomesdmaga@gmail.com

⁴ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Professor Substituto do curso de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: borbadealmeidaigor@gmail.com.

⁵ Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia. Professora Efetiva do curso de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. E-mail: lucianabarboza@ufpb.edu.br.

⁶ Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Médica da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus, Bahia. E-mail: manoelamaias@gmail.com.

pessoas com DM de forma que otimizasse o monitoramento de usuários, promovendo um cuidado mais sistemático e qualificado. Entre os resultados, destacam-se a criação de um instrumento norteador para as VDs, o aumento do engajamento e da qualificação da equipe na abordagem do diabetes e a integração entre ensino e serviço, potencializando a prática de saúde coletiva. Conclui-se que a experiência contribuiu significativamente para a qualificação das ações do ACS, reforçando o papel da atenção primária na promoção da saúde e prevenção de complicações. O instrumento desenvolvido mostrou-se aplicável e flexível, com potencial para replicação em outras unidades de saúde.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus, Visita Domiciliar, Agentes Comunitários de Saúde

Abstract:

Diabetes Mellitus (DM) is one of the most important endocrine-metabolic conditions in the Brazilian and global epidemiological panorama. In this context, the Family Health Strategy emerges as a coordinator of care and a fundamental basis in the care of people with diabetes, with the home visit of the Community Health Agent being one of the tools to guarantee comprehensive care. This article is an experience report of an Intervention Project carried out based on the needs identified in the work process of a Family Health Unit in a municipality in the interior of Bahia and aimed to qualify the home visit of Community Health Agents. Moments of continuing education and permanent education were developed that converged in the creation and team validation of a guiding instrument for carrying out the home visit of Community Health Agent routine for people with DM in a way that optimized user monitoring, promoting more systematic care and qualified. Among the results, the creation of a guiding instrument for Home Visits, the increase in team engagement and qualifications in the approach to diabetes and the integration between teaching and service, enhancing collective health practice, stand out. It is concluded that the experience contributed significantly to the qualification of Community Health Agent actions, reinforcing the role of primary care in promoting health and preventing complications. The developed instrument proved to be applicable and flexible, with potential for replication in other health units.

Keywords: Diabetes Mellitus, Home Visit, Community Health Agents.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família é a principal coordenadora do cuidado em saúde, dentro das Redes de Atenção, fundamental para a integração dos serviços e ações, e para a garantia da integralidade e da qualidade da assistência (BRASIL, 2014). É um modelo que visa a reorganização da atenção básica e tem como base a territorialidade adscrita e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) emerge como o principal elo entre as equipes e o território. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2011, cada ACS é responsável por um máximo de 750 pessoas e cada equipe de Saúde da Família por, no máximo, 4.000 pessoas. As atribuições do ACS incluem trabalhar com as famílias de sua microárea, orientar sobre os serviços de saúde disponíveis, acompanhar, por meio de visita domiciliar, com uma média de uma visita/família/mês, sendo visitadas mais vezes, aquelas com maiores critérios de risco e vulnerabilidade. Também desenvolvem ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, realizam atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012).

A partir da ótica de Dahlgren e Whitehead que compreendem que o processo saúde/doença ou saúde/adoecimento decorre a partir dos determinantes sociais da saúde, o processo de trabalho da Equipe da USF tem como um dos focos a promoção e prevenção em saúde. Após 30 anos da sua implementação, há ainda desafios importantes, principalmente, relativos às demandas programáticas. As doenças crônicas não transmissíveis fazem parte deste escopo, como doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes mellitus.

A Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2020) aponta que o Brasil em 2017 ocupava a quarta posição de países com maior número de pessoas com Diabetes de 20 a 79 anos, com o total de 12,5 milhões de indivíduos. Projeções para 2045 apontam que existirão 20,3 milhões. Atualmente, a classificação do diabetes se dá pela etiologia, e não pelo tratamento. Segundo a Organização Mundial da Saúde e pela Associação Americana de Diabetes classifica em quatro formas clínicas, Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, outros tipos específicos de Diabetes Mellitus e Diabetes Mellitus Gestacional, além da glicose, ambas condições conhecidas atualmente como pré-diabetes e considera fatores de risco para o DM e doença cardiovascular (BRASIL, 2018).

O diagnóstico de diabetes mellitus geralmente ocorre após os 40 anos de idade, sendo comum sua associação com excesso de peso e histórico familiar de DM. Estima-se que a população

mundial com diabetes totalize 382 milhões de pessoas e que no ano de 2035 serão 471 milhões, o que pode ser considerado uma epidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020).

É reconhecida a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção primária da DM2 que permitam, através de redução dos fatores de risco modificáveis associados à doença, reduzir a prevalência da mesma. Para tal é fundamental identificar os indivíduos com risco aumentado de DM2 quando ainda se encontram normoglicêmicos, intervindo no sentido de prevenir a evolução para pré-diabetes e, posteriormente, diabetes (PARANÁ, 2018). Nesse sentido, algumas estratégias foram desenvolvidas a fim de auxiliar e mudar no desfecho do DM através da Visita Domiciliar realizada pelo ACS.

No âmbito da estratégia de saúde da família, esta tem por uma de suas funções coordenar o cuidado a partir de uma equipe de caráter multiprofissional, composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, a partir do ano de 2000, dentista, onde o ACS tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos (NUNES, 2002). Portanto, compete ao ACS “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e a segunda, salienta que eles devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (BRASIL, 1998).

Pensando na possibilidade de qualificar as atribuições do ACS, lançou-se mão da educação permanente e continuada, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) dispões a Educação Continuada como um processo que inclui as experiências posteriores ao conhecimento inicial, que ajudam o pessoal a aprender competências importantes para o seu trabalho. A educação continuada também é definida como algo que englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações, com atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais (MASSAROLI; SAUPE, 2008). Já a educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. (BRASIL, 2022)

Frente a necessidade de incorporar tecnologias leves capazes de agregar na qualificação da visita domiciliar, a entrevista motivacional exercida pelos ACS aos usuários de DM, surge para colaborar no fortalecimento da motivação do usuário e seu comprometimento com a mudança, a fim

de tentar se adaptar à complexidade que pauta a relação profissional com usuários do serviço (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014).

Dentro desse contexto, potencializar o trabalho do ACS para o cuidado do usuário que convive com a diabetes mellitus emerge como uma das necessidades a serem, constantemente, aprimoradas, e a VD representa uma das tecnologias leves mais potentes que podem impactar na melhoria da qualidade de vida e no manejo da diabetes mellitus. Gomes et al. (2021) inferem que a VD permite a inserção dos trabalhadores de saúde nos espaços familiares e na comunidade, sendo uma ferramenta promotora de cuidado na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que, viabiliza a organização.

Já internamente, no processo de trabalho das equipes locais, a educação permanente apresenta-se como um marco teórico que contribui para a reorganização do saber no trabalho. Foi introduzido, a partir dos anos 80, na América Latina através da Organização Panamericana de saúde, como um novo referencial pedagógico para que a participação dos trabalhadores fossem mais efetivas e contribuíssem para as mudanças em seus ambientes de trabalho (MALICHESKY; CARNUT; GUERRA, 2024).

Portanto, o diabetes mellitus é altamente prevalente, sendo responsável por incapacidades, mortes, bem como perda da qualidade de vida pelas sequelas provocadas. A comorbidade em questão é uma das doenças crônicas não degenerativas que são incluídas nas demandas programáticas de linha do cuidado do SUS. Já a Estratégia Saúde da Família é adotada como norteador da assistência e o ACS emerge como um dos principais protagonistas. Além do mais, dentro do processo de trabalho em saúde da equipe da Unidade de Saúde da Família Viriato Lobo tem-se realizado esforços dentro da linha de cuidado e tem emergido necessidades para aprimoramento da consolidação da assistência. Ainda destaca-se que o projeto em questão é parte da formação em saúde do Internato de Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, baseado no tripé ensino, pesquisa e extensão, e que fomenta o desenvolvimento de habilidades e competências a serem desenvolvidas pelo profissional médico.

O objetivo do presente artigo é relatar a experiência da realização de um Projeto de Intervenção realizado pela equipe da Unidade de Saúde da Família Viriato Lobo em parceria com a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia sobre a qualificação da Visita Domiciliar para os usuários com diabetes mellitus.

Materiais e método

O Projeto de Intervenção foi desenvolvido durante as atividades do internato em Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) na Unidade de Saúde da Família (USF) Viriato Lobo, durante o período de agosto de 2024 a novembro de 2024. É integrante do processo formativo e avaliativo dos estudantes e tem como objetivo o desenvolvimento de competências pertinentes à formação médica, sobretudo no campo da Saúde Coletiva.

A USF Viriato Lobo é situada no município de Santo Antônio de Jesus, estado da Bahia. Sua rotina de trabalho é das 07:00 às 16:00 horas, de segunda-feira a sexta-feira e contempla cuidado individual e coletivo através de acolhimento, consultas, grupos, entre outros. A equipe de referência é composta por dois médicos, uma cirurgiã-dentista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, dez agentes comunitários de saúde, três auxiliares administrativos, uma atendente de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário e dois auxiliares de serviços gerais. Há ainda profissionais da equipe multiprofissional de nutrição, serviço social e psicologia, e estudantes da nutrição, odontologia e medicina. Sua territorialidade adscrita possui uma população de 3879 usuários, perfazendo um total de 1430 famílias (ESUS, 2024), distribuídas em 10 microáreas. Há 177 diabéticos, dentre eles, 34 insulino dependentes.

A temática do Projeto de Intervenção foi elegido através da necessidade de aprimoramento do processo de trabalho da equipe local, da epidemiologia local, do diálogo com os profissionais de saúde da ESF Viriato Lobo, da pactuação com os internos e a preceptoria, bem como forma de continuidade do trabalho do grupo de internos de medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, que realizaram rodízios em períodos anteriores. A escolha também se deu a partir do potencial da VD do ACS em monitorar o usuário com diabetes mellitus dentro do território. Ressalta-se ainda que a VD é realizada de forma mensal e sistemática, e o ACS constitui o principal elo entre USF e comunidade, e o profissional que está imerso na territorialidade adscrita. Já os objetivos gerais e específicos do Projeto de Intervenção foram: 1. Consolidar o monitoramento e o acompanhamento no processo de trabalho em saúde da USF Viriato Lobo dos usuários com diabetes mellitus; 2. Desenvolver um instrumento que potencialize as Visitas Domiciliares (VD) dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aos usuários com diabetes mellitus; 3. Fortalecer o vínculo entre os usuários faltosos e a USF Viriato Lobo e 4. Realizar acompanhamento sistemático e integral da saúde dos indivíduos.

Assim, o Projeto de Intervenção foi dividido em 04 partes: 01. Educação Continuada: falando sobre o processo de trabalho do usuário com diabetes mellitus; 02. Educação Permanente: construindo um instrumento de abordagem na VD e validação interna de grupo focal ; 03. Aplicação do instrumento norteador em VD; 04. Avaliação.

Resultados e experiências

O processo de educação continuada e permanente contou com a participação de grande parte da equipe, com contribuição e engajamento durante a realização de uma parcela dos participantes. Esse engajamento demonstrou o comprometimento dos membros da equipe em aprimorar suas abordagens e técnicas, bem como em consolidar o conhecimento em diabetes mellitus e o papel do ACS no manejo dessa condição, promovendo um ambiente colaborativo e de troca de saberes. Ademais, a rotina do trabalho em saúde e as práticas do cuidado foram objetos de reflexão e possibilitaram modificações que vão ao encontro à Política Nacional de Educação Permanente, que desempenha um papel importante ao impulsionar transformações no processo de formação dos profissionais da saúde (BRASIL, 2018).

O momento 01 foi realizado dentro da reunião de equipe, em dois dias diferentes, e trabalhou a temática, em uma perspectiva expositiva e dialógica: 1. O que é diabetes?; 2. O que a diabetes causa?; 3. Quais os exames de rotina que o diabético precisa fazer? Com qual frequência? Quem pode pedir?; 4. Por que o diabético faz exame de sensibilidade dos pés, fundoscopia e eletrocardiograma?; 5. Qual a alimentação do diabético?; 6. Como abordar a Educação em Saúde? Vamos falar sobre entrevista motivacional?; 7. Como é o cuidado à saúde no processo de trabalho do usuário com DM?; 8. O que faz o médico, a enfermagem, a equipe de saúde bucal?; 9. Por que é importante passar ao menos uma vez por ano e manter a dentição saudável?; 10. Quais as vacinas do diabético?; 11. Quais medicamentos disponíveis no SUS? Onde conseguir? Como conseguir?; 12. Como administrar e armazenar insulina?

No momento 02 foi apresentado, para a equipe um instrumento semiestruturado, com os principais pontos importantes a serem trabalhados pelo ACS na visita mensal ao usuário com DM e trabalhado em forma de pequenos grupos de trabalho, opiniões, limitações, pontos de modificação do instrumento, com acréscimos, supressões e modificações da estrutura, e posteriormente, foi finalizado com todos os participantes. Com o instrumento construído e intitulado “10 passos para uma diabetes controlada na visita domiciliar do agente comunitário de saúde” (Figura 1), também

foi realizada uma segunda validação interna do instrumento por meio de questionário. O objetivo da segunda validação do instrumento tinha a finalidade de que a intervenção proposta possibilitasse uma linguagem prática a toda a população do estudo envolvida. Segundo Loch et al (2021), a validação dos instrumentos criados auxiliam na avaliação das intervenções de promoção à saúde pode ser de grande relevância, inclusive para se mensurar a menor ou maior proximidade da intervenção com os princípios da Promoção da Saúde. A validação do instrumento foi realizado em um grupo de 8 pessoas, com idade entre 19-54 anos, 06 negros e 02 brancos, sendo 3 ACS, 2 estudantes de odontologia, 01 auxiliar administrativo, 01 enfermeira e 01 técnica de enfermagem, distribuídos quanto a escolaridade 04 com ensino superior completo, 02 superior incompleto e 02 ensino médio completo.

Os itens 1, 2, 4, 5, 6, 9 e 10 obtiveram todas as respostas positivas em relação à pertinência do conteúdo e a clareza da linguagem. Já os itens 3 e 7 apresentaram duas respostas negativas quanto a clareza da linguagem e o item 8 uma resposta negativa para pertinência e linguagem.

As observações apontadas foram: 1. No “Item 1” e “Item 2” a palavra semestralmente, deveria ser modificada para os últimos 6 meses; No “Item 3” um questionário sugeriu que complementa-se o item com encaminhamento para nutricionista, bem como as palavras carboidratos, proteínas e lipídeos foram apontadas como de difícil compreensão para aplicação do instrumento sendo sugerido especificar exemplificando com as categorias de alimentos; já no “Item 6” um dos participantes orientou acrescentar o período em que os exames de diabetes seriam solicitados; no “Item 7” houve um questionário que observou a necessidade de explicar o que eram os exames de fundoscopia e eletrocardiograma e por fim, no “Item 8” apontaram que a vacina de pneumo 23 não tem resolução rápida no SUS e também apontaram a necessidade de explicar a importância e especificar quais são as vacinas de adulto. Os demais itens 4, 5, 9 e 10 não houve nenhuma observação.

Posteriormente, visitas domiciliares foram realizadas e também foi realizado o acompanhamento das VDs das ACS aplicando o instrumento norteador. A estratégia de avaliação se deu através de observação participante do acompanhamento das VDs realizadas pelas ACS, sendo avaliado tanto as temáticas trabalhadas na educação continuada e permanente, como a aplicabilidade do instrumento orientador e do seu impacto no processo de trabalho dos usuários com DM. Foram acompanhadas 05 VDs das ACS, sendo observado que o instrumento pode ser utilizado como etapas durante o diálogo entre o profissional e o usuário acompanhado, bem como um norteador para relembrar os pontos importantes para o monitoramento da situação de saúde. Todas

as ACS acompanhadas avaliaram positivamente o uso do instrumento. Observou-se que houve um importante avanço na condução da VD antes realizadas sem objetivos a serem alcançados. Embora o presente projeto tivesse perguntas orientadoras, o presente instrumento não engessou a VD, nem ficou restrita a tal condição de saúde. Ao contrário, o instrumento permitiu uma flexibilidade que possibilitou a adaptação das perguntas conforme as necessidades individuais dos usuários. Nem todos os pontos do passos foram questionados, mas nas situações em que não foram avaliados, a ACS relatou que seriam abordadas no próximo seguimento mensal do usuário. Isso reflete a importância da continuidade do cuidado, um dos pilares da Atenção Primária à Saúde (APS), que garante que o acompanhamento desses usuários seja mantido ao longo do tempo, permitindo um monitoramento mais eficaz e intervenções mais adequadas, observado o proposto por Lemos (2016) que infere que o trabalho é o elemento central e transformador da realidade.

• 10 PASSOS PARA UMA DIABETES CONTROLADA NA VD DO ACS

- 1) **Passou em consultas, semestralmente, com médica ou enfermeira, anualmente, com cirurgiã-dentista?**
Atenção! Se Diabetes Mellitus descompensada a consulta médica/enfermagem é trimestral.
- 2) **Deixou os pés bem secos após banho, secou entre os dedos e utilizou creme hidratante? Usou sapatos adequados? Sempre examina dentro dos calçados antes de calçá-los? Realizou corte reto das unhas? Realizou exames dos pés, anualmente?**
- 3) **Seguiu uma alimentação balanceada com ingestão de carboidratos, proteínas, lipídios, frutas e verduras, legumes e água em quantidade adequada e com baixa quantidade de alimentos industrializados?**
- 4) **Retirou medicações mensalmente na USF, na Dires ou na farmácia? Tem condições econômicas para a compra de medicamentos não disponibilizados no SUS? Já conversou com seu médico sobre a possibilidade de troca medicamentosa?**
- 5) **Realizou atividade física por pelo menos 30 minutos diários de moderada intensidade, se condições?**
- 6) **Realizou exames laboratoriais de rotina do diabético?**
- 7) **Realizou exames de fundoscopia (oftalmologista) e eletrocardiograma, anualmente?**
- 8) **Tomou vacinas do adulto, influenza e pneumo 23?**
- 9) **Apresentou sinais de diabetes descompensada: muita fome, muita sede, muita urina, perda de peso? Verificou se usuário sabe os sinais de hipoglicemia (baixo açúcar), como fraqueza, tonturas, tremores?**
- 10) **Fez uso regular da medicação em dose e horário prescrito? Se uso de insulina: Transportou e guardou a insulina adequadamente? Soube aplicar a medicação? Esperou dez segundos para retirar a agulha? Realizou rodízio do local de aplicação?**

UF B
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

INTERNATO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E SAÚDE COLETIVA
ALMEIDA, Igor Ferreira Borba de; BARBOZA, Luciana Pereira, Docentes do Internato de Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva da UFRB.
SOUZA, Manoela Carolini Maia de, Preceptora do Internato em Medicina de Família e Comunidade da UFRB
ARAUJO, Daniel Marcos Almeida Gomes; GOMES, Alisson Nunes; SUGAHARA, Milena Takamiya, Internos de Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva da UFRB.

Figura 1 - Instrumento “10 passos para uma diabetes controlada na visita domiciliar do agente comunitário de saúde”

Considerações finais

A experiência na realização do Projeto de Intervenção realizado na USF Viriato Lobo foi importante na integração do ensino com o serviço, também fomentou a aproximação das necessidades do processo de trabalho da equipe com a Universidade. A educação continuada e permanente possibilitou a qualificação e a integração de toda equipe da Unidade para aprimoramento da temática do cuidado ao usuário com diabetes, bem como problematizou a rotina desenvolvida pela equipe.

Ademais, o instrumento criado tem o potencial de servir como modelo para outras intervenções semelhantes, e portanto ser uma ferramenta de promoção à saúde e na prevenção da complicação do diabetes. Também instrumentaliza a visita do agente comunitário de saúde para o cuidado em saúde, principalmente no que tange à diabetes, bem como todo o processo pode contribuir para subsidiar a assistência como um todo, sob a égide da integralidade. A aplicação sistemática do instrumento pode contribuir para um acompanhamento mais eficaz dos pacientes com diabetes mellitus, resultando em um maior controle glicêmico e na prevenção de complicações associadas à doença.

Além disso, o Projeto de Intervenção, integrante do Internato em Saúde Coletiva e Medicina de Família e Comunidade, contribuiu com a formação em saúde, como parte das atribuições da prática profissional. Também favoreceu o desenvolvimento de competências essenciais para atuação na Atenção Primária, promovendo o contato direto com as demandas da comunidade e reforçando o compromisso com práticas de cuidado integradas e orientadas pela saúde coletiva. Destaca-se como atividades futuras sobre este projeto a submissão no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos para validação do instrumento, aplicação com os ACS da Unidade Viriato Lobo e posteriormente apresentação à gestão local para possível implementação em toda a rede da Atenção Primária à Saúde.

Referências

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, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Editora Clannaud, 2020.

FIGLIE, Neliana Buzi; GUIMARÃES, Livia Pires. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 34, n. 87, p. 472-489, 2014.

GOMES, Ramon Martins et al. **A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família**. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, e40010212616, 2021.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913–922, mar. 2016.

LOCH, Mathias Roberto et al. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar intervenções em relação aos princípios da Promoção da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020627, 2021.

MALICHESKY, Rodolfo Wagner Leão; CARNUT, Leonardo; GUERRA Lúcia Dias da Silva. A política nacional de educação permanente após 20 anos: como se (des)encontram suas práticas nas modalidades alternativas de gestão das unidades básicas de saúde. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v.16, n. 6, p. 01-20, 2024.

MASSAROLI, Aline.; SAUPE, Rosita. Distinção Conceitual: Educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. In: Organização do trabalho de enfermagem: produção do conhecimento e ação política. **Anais 2º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem**, Curitiba. p. 1-4. 2008.

NUNES, Mônica de Oliveira; TRAD, Leny Bonfim. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov-dez, 2002.

PARANÁ. **Linha Guia: Diabetes *Mellitus***. Secretaria do Estado do Paraná. 2 ed. Curitiba: Sesa, 2018.