



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**A EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO NA
PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

A EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO NA PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmem Lúcia Colomé Beck
Co-orientadora: Prof^a Dr^a.Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil
2012

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SALDANHA DA SILVEIRA DONADUZZI, DAIANY

A Educação para o trabalho na perspectiva do agente comunitário de saúde / DAIANY SALDANHA DA SILVEIRA DONADUZZI. -2012.

134 p.; 30cm

Orientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck

Coorientadora: Teresinha Heck Weiller

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2012

1. Agente Comunitário de Saúde 2. Educação 3. Enfermagem I. Colomé Beck, Carmem Lúcia II. Heck Weiller, Teresinha III. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de
Mestrado

**A EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO NA PERSPECTIVA DO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

elaborado por
Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Teresinha Heck Weiller, Dra (UFSM)
(Co-orientadora)

Pedro Fredemir Palha, Dr. (USP)
(1ª Examinador)

Elisabeta Albertina Nietzsche, Dra (UFSM)
(2ª Examinadora)

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 21 de dezembro de 2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Olmiro (in memoriam) e Idelbranda, por me proporcionarem a vida, o amor, a proteção, a dedicação, a compreensão e o incentivo para concretizar meus sonhos. A vocês meu eterno amor, admiração e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial

A minha filha Maria Eduarda, que mesmo sem entender direito, aceitou que a mamãe precisava estudar, e por muitas vezes não pôde estar junto nos passeios e fazer parte das suas brincadeiras. Teu amor e teu sorriso deu-me energia durante toda a caminhada.

Agradecimentos

A Deus, que sempre me acompanhou e guiou, e que diante de um acontecimento inesperado, deu-me força e coragem pra finalizar este estudo.

Ao meu esposo Paulo, pelo companheirismo e pelo amor dedicado.

Aos meus irmãos Cássia e Bira pela confiança, amor e amizade de sempre.

Aos meus sobrinhos Juliana e Pedro pelo afeto e amizade.

Aos cunhados pela amizade e companheirismo.

À colega de mestrado Letícia, que se transformou em uma grande amiga.

Aos colegas do Centro Social Urbano que me apoiaram durante esses dois anos.

Aos amigos que de uma maneira ou de outra me apoiaram.

Aos Agentes Comunitários de Saúde por terem colaborado com este estudo.

Ao prof^o Dr. Pedro e prof^a Dra. Elisabeta pelas contribuições na qualificação possibilitando pensar questões importantes para este estudo.

À orientadora prof^a Dra Carmem, pela acolhida, pelos ensinamentos, pelas conversas, pelos desabafos, pela amizade.

À co-orientadora prof^a Dra Teresinha por ter sido uma grande incentivadora e ter me mostrado que sou capaz de alcançar meus sonhos, pela fiel amizade que construímos.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

A EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO NA PERSPECTIVA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

AUTORA: DAIANY SALDANHA DA SILVEIRA DONADUZZI

ORIENTADOR: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

CO-ORIENTADOR: TERESINHA HECK WEILLER

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 21 de dezembro de 2012.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva que tem como objetivo compreender o processo de educação no trabalho na perspectiva do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os sujeitos do estudo atuavam em equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), com a participação de 25 sujeitos. Foram selecionados dois instrumentos de coleta de dados: questionário estruturado auto-aplicável de levantamento de dados sócio-demográficos e roteiro de entrevistas com questões norteadoras para a técnica do grupo focal. Para tanto, no tratamento dos dados sócio-demográficos foi utilizada a estatística descritiva e para os dados qualitativos coletados por meio dos grupos focais foi feita a análise de conteúdo conforme Bardin. Este estudo atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Quanto aos resultados a maioria é do sexo feminino, com idade média de 38 anos, ensino médio completo e tempo de serviço entre 06 e 10 anos. A maioria teve como motivo de ingressar na ocupação de ACS a estabilidade profissional e exerciam, na sua maioria, atividades em comércio e vendas antes de atuar como ACS. Os ACS identificam que a educação no trabalho acontece na forma de capacitações. Em relação aos aspectos organizacionais, as capacitações são desenvolvidas a partir de um cronograma fechado; sem periodicidade; com carga horária insuficiente para a aprendizagem; há privilégio de determinadas categorias profissionais em relação ao acesso às ações educativas posteriores à formação inicial; há falha quanto à divulgação das capacitações; o espaço físico onde são desenvolvidas as capacitações é inadequado, com número elevado de participantes que contribuem para a ineficácia dos recursos audiovisuais e os agentes comunitários não recebem auxílio transporte para participação nas capacitações. Quanto aos aspectos teórico-metodológicos das capacitações, identificou-se que os conteúdos são desenvolvidos de modo superficial, com valorização de termos técnicos; os assuntos são direcionados para ACS da área urbana; há ausência de espaços de discussão e troca de experiências; há divergência entre a teoria e a prática; adotam-se abordagens idênticas para realidades diferentes de ESF e EACS; as dinâmicas propostas são interessantes, contudo os estudos de casos não têm retorno dos instrutores e não há um método de avaliação do aprendizado adquirido. O estudo revela ainda que, para os ACS, as capacitações não contribuem de modo significativo para a orientação do processo de trabalho, levando-os a buscarem outras estratégias que possam auxiliar no seu aprendizado. Logo, recomenda-se a criação de espaços educativos coletivos para os ACS que visem à transformação das práticas profissionais por meio de processos reflexivos, de discussão de propostas e trocas de experiências de acordo com a realidade e com a necessidade dos trabalhadores e que os valorizem como sujeitos ativos no processo de aprendizagem.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Educação; Enfermagem.

ABSTRACT

Master Thesis
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

EDUCATION FOR WORK IN VIEW OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

AUTHOR: DAIANY SALDANHA DA SILVEIRA DONADUZZI

ADVISER: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

CO-ADVISER: TERESINHA HECK WEILLER

This is a qualitative, exploratory and descriptive research which aims to understand the education process at work into the perspective of Community Health Agents (CHA). The subjects of this study worked in teams of the Family Health Strategy (FHS) and of Community Health Workers (CHW), involving during the research a total of 25 subjects. Two instruments of data collection were selected: self-administered structured survey questionnaire of socio-demographic data and set of interviews with questions for the technique of focal group. Regarding to socio-demographic data a descriptive statistics was employed; qualitative data collected from the focal groups were analyzed according to Bardin. This study followed the 196/96 resolution of the National Health Council. From the results, majority were female, mean age of 38 years, high school complete and working time between 06 and 10 years. Most of them reported as motivation to join CHA the professional stability, and in their majority they worked as saleswomen before became CHA. The CHA identified that education at work happened in the form of capacitation. Regarding the organizational aspects, capabilities were developed from a already set schedule; without periodicity, with insufficient workload for learning; there were professional privilege in certain areas, related to the access to educational activities after the initial training; there was failure in the way of training disclosure, the physical space where these skills are developed was inadequate, with high number of participants which contributed to the ineffectiveness of audiovisual resources, and community workers did not receive transport assistance for the participation during the training time. Relative to the theoretical and methodological aspects of the training, it was found that the subjects were developed in a superficial condition, with an appreciation of technical terms; issues were directed to the CHA of urban area; There was a lack of space for discussion and exchange of experiences; divergences between theory and practice; similar approaches were applied to different realities of FHS and CHW; the dynamics proposed were interesting; however the case studies did not bring to the group the results reached, and there was not a method to assess the knowledge acquired. Standing out yet in this study, for the CHA, that the capacitation did not contribute significantly to the orientation of the work process, leading them to looking for other strategies, which may assist in their learning. Therefore, creation of collective educational spaces for the CHA are recommended, aiming the transformation of professional practice through the reflexive processes, discussion of proposals and exchanges of experiences, according to the reality and needs of the workers as active subjects in the learning process.

Keywords: Community Health Agent; Education; Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AB:** Atenção Básica
- CAAE:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- BDENF:** Base de dados de Enfermagem
- CEP:** Comitê de Ética e Pesquisa
- CONEP:** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CONACS:** Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
- DEGES:** Departamento de Gestão da Educação na Saúde
- EACS:** Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
- EC:** Educação Continuada
- EP:** Educação Permanente
- EPS:** Educação Permanente em Saúde
- ESF:** Estratégia Saúde da Família
- FGTS:** Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
- GAP:** Gabinete de Projetos
- GF: Grupo Focal**
- LILACS:** Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
- MEDLINE:** National Library of Medicine
- MS:** Ministério da Saúde
- NEPeS:** Núcleo de Educação Permanente em Saúde
- PACS:** Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PNAD:** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
- PNEPS:** Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PNH:** Política Nacional de Humanização
- PSF:** Programa Saúde da Família
- SF:** Saúde da Família
- SGTES:** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- SMS:** Secretaria de Município de Saúde
- SISNEP:** Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
- SSA2:** Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS:** Unidade Básica de Saúde
- UFMS:** Universidade Federal de Santa Maria
- USF:** Unidade Saúde da Família
- VD:** Visita Domiciliária

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	127
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	129
APÊNDICE C- QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL	130
APÊNDICE D-TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	131

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A- AUTORIZAÇÃO DO NEPeS.....	133
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA	134

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Objetivo geral	18
Objetivos específicos	19
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
1.1 A educação como ferramenta para o trabalho	20
1.2 A educação no contexto do SUS	22
1.3 A formação no trabalho do ACS	27
2 METODOLOGIA	32
2.1 Cenário de pesquisa	32
2.2 Participantes da pesquisa	33
2.3 Instrumentos de coleta de dados	34
2.3.1 Questionário de levantamento de dados sócio-demográficos	34
2.3.2 Grupo focal.....	35
2.4 Organização, análise e interpretação dos dados	38
2.4.1 Dados sócio-demográficos.....	38
2.4.2 Grupo Focal.....	39
2.5 Aspectos éticos da pesquisa	42
3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
3.1 Dados Sócio- Demográficos	45
3.1.1 Caracterização dos ACS estudados.....	45
3.2 Cenário da Atenção Básica	63
3.3 Aspectos organizacionais das capacitações	76
3.4 Aspectos teórico-metodológicos das capacitações	85
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	126
ANEXOS	132

INTRODUÇÃO

No começo dos anos 90 teve início a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a reorganização dos serviços básicos de saúde por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente, o PSF é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo fato do termo "programa" não expressar a função de reorientação de modelo assistencial.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) encontra-se vinculado a uma equipe de ESF ou ao PACS. A ESF é uma estratégia que tem por objetivo reorganizar a prática assistencial em saúde, com a atenção à saúde voltada para as famílias, valorizando a criação de vínculos e corresponsabilidade entre os trabalhadores de saúde e a população.

O PACS é visto como estratégia transitória para a ESF independente da realidade local e, por ser transitória, não existe uma diretriz de reorientação do funcionamento da Unidade de Saúde à qual os ACS estão vinculados (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

O ACS é um trabalhador que tem como função realizar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas em saúde, realizadas em domicílios e junto à coletividade, em âmbito exclusivo do SUS (BRASIL, 2011a).

Dentre suas atribuições profissionais destacam-se o acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, orientação às famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, mapeamento da comunidade com a identificação de microáreas de risco e cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares (VD) (BRASIL, 2011b).

Segundo o Guia Prático do PSF (BRASIL, 2011a, p. 81), o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. O treinamento sobre as ações que irá desenvolver ocorre quando já se encontra em serviço, e estará sob constante supervisão do seu enfermeiro supervisor.

Após vários anos de atividades desenvolvidas sem a regulamentação da profissão, a Lei 10.507 de julho de 2002 criou a profissão dos ACS. A partir dessa lei, é exigido do ACS residir na área da comunidade onde irá atuar, a conclusão do

ensino fundamental e haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para sua formação, cabendo ao Ministério da Saúde (MS) definir o conteúdo programático deste curso (BRASIL, 2002).

Em torno da figura do agente há uma grande expectativa e nele é depositado uma série de responsabilidades em relação à reorganização da Atenção Básica (AB) e à mudança do modelo assistencial.

Em relação a esse aspecto, Tomaz (2002, p.85) aponta a %super-heroização+ e a %romantização+ do ACS, quando se atribui a este profissional o papel de ser a %bola propulsora da consolidação do SUS+. O autor entende que as atribuições e o papel do ACS têm sido distorcidos, o que o sobrecarrega no trabalho e complementa referindo que sua participação no processo de transformação social é importante, mas que não cabe somente a eles, envolvendo todos os cidadãos.

Referindo-se aos conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS, Mendonça (2004) diz que são bastante complexos e diversificados por transcenderem o campo da saúde. Deste modo, requer a aprendizagem de diversos aspectos que estão presentes nas condições de vida da comunidade assistida e que exigem uma atuação intersetorial.

Estudo realizado por Cardoso et al. (2011), evidencia que os ACS reconhecem a responsabilidade que enfrentam na execução de suas atividades e que para conseguir dar conta de tamanha carga, devem ter uma formação que os ajude a desenvolver a capacidade de agir corretamente em diferentes situações.

Concorda-se com Sakata (2009) quando expressa inquietação em relação às consequências que uma educação frágil e pouco estruturada pode causar para os cuidados de saúde, pois a comunidade entende o ACS como um detentor de saberes técnico-científicos, todavia pode não aceitar suas recomendações se considerar que os ACS não têm uma formação específica e reconhecida formalmente.

O perfil do agente comunitário é muito parecido com o das pessoas que são atendidas por eles, por isso, acredita-se que por fazer parte da comunidade e conhecer seus hábitos, a prática do cuidado prestado por este trabalhador pode sofrer influências culturais, sociais e do senso comum, o que presume ainda mais a necessidade de uma educação bem fundamentada.

Corroborando com essa ideia, o estudo desenvolvido por Silva (2001) sobre a compreensão do ACS como elemento nuclear da realização de determinadas

Políticas de Saúde do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, em que identificou que estes profissionais não dispõem de instrumentos, de tecnologia, incluído os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho, e por isso trabalham com o senso comum, com a religião, com os saberes e com os recursos das famílias e da comunidade.

Nessa linha de pensamento, destacam-se ainda as concepções da equipe multidisciplinar em relação ao conhecimento do ACS e como estão preparadas para incorporá-lo no processo de trabalho da Saúde da Família (SF). Dentro desse contexto, Ribeiro, Pires e Blank (2004) esclarecem que o trabalho em equipe para ser bem integrado, precisa da conexão dos múltiplos processos de trabalho, da interação entre os vários profissionais envolvidos, de conhecimento e valorização do trabalho e dos saberes do outro na produção do cuidado, de autonomia técnica na construção de consenso entre os trabalhadores em relação aos objetivos propostos, dos resultados esperados e da maneira mais apropriada de atingi-los.

Diante do exposto, a educação no trabalho do ACS pode constituir-se como uma ferramenta capaz de enfrentar a complexidade de situações que aparecem no cotidiano do trabalho e provocar uma transformação engajada e política, fortalecendo estes trabalhadores nas práticas do cuidado à saúde.

Desse modo, a educação pode representar o ponto de partida para que os ACS consigam ocupar espaços que os projetem como agentes de transformação social, tendo condições de avaliar, refletir, criar e participar ativamente das ações em saúde, favorecendo dessa maneira, o crescimento pessoal e profissional. Ao mesmo tempo em que a educação possibilita um conhecimento mais sólido a ser aplicado no processo de trabalho pode permitir ao trabalhador, experienciar os conhecimentos da sua vivência enquanto ser humano.

A partir dessas considerações, identifica-se que a educação no trabalho do ACS implica em um grande desafio no que tange à preparação de um novo fazer em saúde. Este trabalhador precisa ser compreendido não apenas como mediador ou elo entre a comunidade e o serviço de saúde, mas também reconhecido como um profissional crítico e reflexivo, compromissado e participativo, envolvido com a transformação tanto de si como das práticas de saúde. Deve ser visto enquanto cidadão e membro de uma equipe, no qual sua prática envolve várias dimensões, as quais são essenciais para o desenvolvimento e fortalecimento das ações da AB.

Assim, entendendo que a educação tem um papel central na dinâmica das ações desenvolvidas no trabalho do ACS e pela necessidade de transformação das práticas profissionais, torna-se indispensável a construção de um estudo que compreenda as ações de educação que norteiam o trabalho do ACS.

Desse modo, o interesse por estudar estes trabalhadores enfocando a educação no trabalho decorre da minha trajetória profissional como enfermeira supervisora de ACS. Nesta função, assumi dentre outras, a responsabilidade pelas ações educativas desenvolvidas com agentes comunitários, incluindo o treinamento introdutório e a capacitação em serviço.

As inquietações e questionamentos em relação aos resultados destas ações educativas para a prática destes trabalhadores no atendimento individual e coletivo, no momento que os agentes aplicavam seus conhecimentos durante as orientações em saúde, perpassaram o percurso profissional. Como não havia a utilização de métodos eficazes e concretos para avaliar os resultados destas ações educativas, desconhecia-se a sua contribuição na prática diária dos agentes, bem como seu significado na perspectiva de transformação profissional, pessoal e social.

Colaborou na escolha pela temática, a inserção no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, no eixo temático: Saúde do Trabalhador, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Esta experiência oportunizou-me refletir e compreender as questões que envolvem os trabalhadores, em especial os da saúde, onde se identifica a necessidade de buscar e acessar espaços coletivos de reflexão sobre a prática, atualização e dialogicidade, sendo fundamental articular a educação dos profissionais e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

A participação no projeto de extensão intitulado "Capacitação de Agentes Comunitários de Santa Maria/RS na identificação de usuários com sintomas de tuberculose", do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva, do Departamento de Enfermagem da UFSM permitiu, dentre outros aspectos, entender a importância das ações educativas desenvolvidas com estes trabalhadores e o papel que o enfermeiro desempenha na educação destes.

Com o objetivo de conhecer as publicações sobre o assunto, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a educação no trabalho do ACS, no 2º semestre de 2012, utilizando simultaneamente o descritor exato: Agente Comunitário de Saúde, a palavra: educação, e o idioma: português.

No Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) foram encontrados 97 artigos. Após a leitura minuciosa dos títulos e resumos, foram excluídos 45 artigos que não apresentavam texto completo, e 25 que não se enquadravam na temática, sendo selecionados 14 artigos para leitura na íntegra. Na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), foram encontrados 24 artigos que tiveram lidos os títulos e resumos, sendo excluídos 17 que não apresentavam texto completo e 03 não se encaixavam na temática, 01 repetido na LILACS, restando 01 artigo para análise. Na National Library of Medicine (MEDLINE) foram encontrados 07 artigos, em que 02 não possuíam texto completo e 04 não se ajustavam à temática proposta, 01 repetido no LILACS, não restando nenhum artigo para análise nesta base de dados. Para a análise, ficaram 15 artigos, de modo que constatou-se que a produção de conhecimento sobre a temática da educação no trabalho do ACS é escassa.

Quatro estudos identificam como proposta de educação a ser desenvolvida com ACS, a capacitação, em que são desenvolvidos conteúdos programáticos, contudo, são utilizadas dinâmicas pedagógicas no contexto da metodologia problematizadora, em que os agentes comunitários assumem a posição de sujeitos ativos no processo de ensino-aprendizagem, estimulados a buscar a transformação da realidade e de si mesmo, construindo-se um conhecimento com base na problematização da realidade (BASTIANI; PADILHA, 2007; CARDOSO et al., 2011; DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007; HOLANDA; BARBOSA; BRITO, 2009).

Nesse contexto, um estudo defende a capacitação no viés da educação permanente, para o ACS realizar um trabalho comunitário transformador e reflexivo (FERNANDES et al., 2010).

Um estudo vislumbra o uso de metodologias ativas no processo de formação dos trabalhadores de saúde, em que os sentimentos, saberes e práticas dos educandos fornecem ao educador ferramentas para uma educação emancipatória (CORIOLANO; LIMA, 2010).

Nessa lógica, três estudos analisaram e utilizaram a abordagem dialógica de competência, onde a qualificação do ACS exige apreender os saberes e práticas que eles mobilizam nas suas atividades, assegurando o diálogo, desenvolvimento de habilidades e troca de conhecimento (SOUZA; PARREIRA, 2010; SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; MAIA; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2009).

Um estudo expõe que não ocorre um trabalho sistematizado de atualização desses trabalhadores (MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011). Outro estudo diz que as atividades educativas ocorrem de forma verticalizada e normatizadora, confrontando com a proposta metodológica de Paulo Freire (ÁVILA, 2011).

Um estudo destaca que os ACS não recebem formação específica, a oferta de cursos é irregular, onde uma parte dos agentes participa e outra não, em que para os agentes a experiência adquirida com o tempo é importante para a realização do trabalho (FILGUEIRAS; SILVA (2011)

Dois estudos propuseram verificar a efetividade de capacitações de ACS, com a transmissão de conceitos teóricos, contudo, contextualizados na realidade do ACS (ALVARENGA, et al. 2008; MELO, et al. 2010).

Logo, a relevância do tema desta dissertação se deve ao papel que os ACS exercem no cenário de assistência à saúde no SUS. O resultado do estudo poderá constituir-se em subsídio para reflexão dos gestores de serviços de saúde e outros profissionais de saúde nos diferentes espaços de atuação do SUS para (re) pensar as ações de educação implantadas no trabalho e, quiçá, orientar o uso de uma metodologia de educação apropriada para ser desenvolvida com esses trabalhadores.

O estudo poderá contribuir na formação acadêmica no que se refere ao preparo do enfermeiro para desenvolver atividades educativas enquanto supervisor de agentes comunitários. Os conhecimentos produzidos poderão gerar na prática dos ACS, a melhoria da qualidade de atendimento na comunidade, nos níveis individual e coletivo. Ainda, espera-se que a publicação dos resultados do estudo possa ser fonte de informação e de construção de conhecimento para os segmentos envolvidos com a questão da educação no trabalho.

Assim, a questão de pesquisa construída para este estudo foi:

- como os Agentes Comunitários de Saúde percebem a educação para o trabalho?

A partir desta questão, delinearão-se os objetivos desta pesquisa:

Objetivo geral

- Compreender o processo de educação no trabalho na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde de Santa Maria/RS.

Objetivos específicos

- Identificar o perfil sócio-demográfico dos ACS;
- Identificar e descrever as ações de educação implantadas no trabalho do ACS;
- Descrever as estratégias utilizadas para o desenvolvimento das ações de educação no trabalho na perspectiva do ACS;
- Identificar e descrever como deveria ser a educação no trabalho sob a ótica do ACS.

Assim, considerando-se a importância deste tema é que se construiu este estudo, o qual atenderá ao requisito parcial exigido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem . Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, serão apresentados aspectos importantes os quais subsidiarão a leitura, discussão, análise e interpretação dos resultados desta investigação. Portanto, este capítulo constitui-se nos seguintes conteúdos: a educação como ferramenta do trabalho, a educação no contexto do SUS, a formação no trabalho do ACS.

1.1 A educação como ferramenta para o trabalho

A educação perpassa os diversos cenários da vida dos indivíduos e faz-se presente nos sistemas educacionais, no convívio com outras pessoas, nos lugares que se frequenta e no trabalho. Está inserido em uma sociedade que experimenta um processo constante de transformações nos campos de conhecimento científico, técnico, político, econômico, cultural e social. A aprendizagem precisa estar em toda parte, pois não há educação fora das sociedades humanas (FREIRE, 2007).

A educação para Freire (1998) não possui o poder de fazer todas as transformações sociais, contudo, as mudanças na sociedade dependem da educação. Se esta não pode transformar o mundo, pode modificar as pessoas que, ao admitirem-se como seres transformadores, podem intervir nas transformações sociais.

Na concepção de Villa (2008), o homem é um ser em construção infinita, é incompleto, necessitando das coisas mais elementares para sobreviver e também do que está fora dele para poder existir. O trabalho mostra-se como o ponto de partida de toda tentativa de compreender-se o homem, pois é uma atividade essencial para suprir as necessidades da vida humana, realizado em interações objetivas e subjetivas sendo, portanto, o que funda, produz e reproduz o ser social.

A partir da leitura de Arroyo e Villa (2008) identifica a importância de fazer do espaço do trabalho, um ambiente educativo. Ao mesmo tempo, os autores problematizam essa questão apontando que, dependendo das condições materiais, físicas e psíquicas às quais está submetido o trabalhador, o trabalho pode tornar-se deformador do ser humano: % a materialidade do espaço onde reproduzimos a nossa existência que nos torna humanos ou desumanos, que nos educa ou

deseduca [...] Não adianta querer humanizar o trabalhador se o espaço o desumaniza+(ARROYO, 1997, p. 65).

Nesse sentido, o trabalho é um *locus* formador do ser humano, uma formação que ocorre num processo intra e interpessoal, sempre multifacetado, onde os trabalhadores, pela sua própria experiência no trabalho, adquirem um conhecimento contínuo sobre o seu fazer, em que os saberes envolvidos no cotidiano, envolvem um conjunto de saberes produzido no trabalho+(VILLA, 2008, p. 16).

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho, ou seja, no trabalho também se aprende. Essa aproximação propõe transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe de trabalho (BRASIL, 2009a).

Este estudo considera o trabalho, em especial o da saúde, como um espaço individual e coletivo capaz de construir conhecimento para além do técnico-científico, necessário para o trabalhador exercer sua função. Associa-se a educação e o contexto laboral aos processos de desenvolvimento pessoal, profissional, social e cultural, entendendo a educação no trabalho como ferramenta que intensifica as maneiras de saber e fazer individuais, profissionais e organizacionais.

Emprega-se a conceituação de que a educação é um processo que ultrapassa o de ensinar, instruir, treinar; é essencialmente um processo de formação que precisa estimular a curiosidade, desenvolver a autonomia crítica e criativa do sujeito histórico competente. É preciso reconhecer que somos seres condicionados e não determinados+(FREIRE, 2000, p.21).

Nessa linha de pensamento, Morin (2000) refere que a educação no trabalho busca romper com o conformismo diante das ideias transferidas ou impostas, superar a rotina que gera vazio, imobiliza e afronta a capacidade crítica e criadora dos trabalhadores.

A apropriação que o saber próprio dos trabalhadores, oriundos do seu fazer cotidiano de trabalho não se restringem somente à técnica, mas também às relações profissionais e interpessoais que compõem as relações de trabalho, leva-se a entender que o processo educativo destina-se à valorização e ao aproveitamento

das experiências dos sujeitos, do pensar e agir em suas práticas cotidianas; obtidas no transcorrer das suas vivências, percepções, formação profissional e compromisso com as mudanças (SILVA, 2007).

Concorda-se com Silva (2007, p. 23) quando destaca que:

a educação no trabalho destina-se a criar condições e possibilidades para a transformação dos sujeitos, de forma que os permita aprimorarem-se como cidadãos, cômicos dos direitos e deveres, conscientes e coerentes de suas responsabilidades e compromissos frente à sociedade em contínuas transformações, sendo a educação, fomentadora da relação sujeito-sociedade.

Assim, emprega-se o termo **educação no trabalho** para referir-se às estratégias que articulam ações educativas ao trabalho em saúde, formais ou informais, capazes ou não de criar possibilidades para a transformação do sujeito.

1.2 A educação no contexto do SUS

No âmbito do SUS, a AB em Saúde adotou uma nova modelagem de atenção à saúde que preconiza ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde da comunidade, inserindo os trabalhadores desta área no contexto de vida dos usuários e suas famílias (BRASIL, 2006a).

Vários programas e políticas públicas vêm sendo estruturados com a finalidade de fortalecer a AB e efetivar o SUS no Brasil, dentre eles o PACS e a ESF.

O PACS, entendida neste estudo como EACS (equipe de Agentes Comunitários de Saúde), traz uma forma diferente de abordagem ao focar a família como unidade de ação programática de saúde e não apenas o indivíduo, introduzindo a noção de área de cobertura por família e estendendo sua visão para uma intervenção ativa em saúde, por meio da busca ativa da demanda.

A ESF contribui para a mudança da lógica de trabalho centrada no modelo biomédico para uma visão epidemiológica e propõe o enfrentamento dos problemas levantados e não apenas a resolução imediata do tipo queixa-conduta, integrando neste processo, os saberes dos trabalhadores e a vinculação do serviço com a comunidade (VILLA, 2008).

Desta forma, apresenta-se uma nova concepção de trabalho que busca atender os princípios definidos pelo SUS, para consagrar os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira, com garantia de acesso universal da população a bens e serviços a fim de garantir sua saúde.

Diante dessa nova lógica, um novo perfil de trabalhador vai sendo exigido, o qual precisa ampliar sua capacidade de relacionamento interpessoal, aliada ao conhecimento e à habilidade técnica (VILLA, 2008). Assim, a produção do conhecimento torna-se um elemento fundamental em que a disposição dos trabalhadores de ampliar seus conhecimentos transforma-se em uma característica decisiva da capacidade de trabalho em geral (ANTUNES, 2000).

Partindo do princípio de que os trabalhadores da saúde são elementos imprescindíveis para alcançar os objetivos de um novo modelo de atenção à saúde e a finalidade dos processos de trabalho, foi possível identificar que o MS organizou vários programas educativos desenvolvidos no âmbito do SUS, direcionados para esse segmento de trabalhadores, dentre os quais incluem treinamento em serviço, capacitação, qualificação em serviço, educação em serviço, educação continuada, educação continuada no trabalho, educação permanente em saúde, práticas educativas em saúde, entre outros.

Como os trabalhadores de saúde estão inseridos em duas principais modalidades de atividades educativas, Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde, será realizada uma discussão acerca dessas duas propostas. Embora ambas concebam uma dimensão temporal de continuidade ao processo de educação, seus princípios metodológicos são distintos. Por isso, a contextualização torna-se necessária nesse estudo, para compreendê-las no sentido prático.

A Educação Permanente (EP) é a aprendizagem no trabalho, no qual aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais que acontecem no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem (BRASIL, 2009b).

Faria (2008, p.27) explica os aspectos cognitivos da aprendizagem em adultos e a metodologia da aprendizagem significativa como princípios da educação permanente e diz que

a noção de aprendizagem significativa se opõe à noção de aprendizagem mecânica, que ocorre quando o novo conhecimento não se ancora em algo já conhecido, sendo apenas memorizado. Mais complexo do que a simples memorização, a aprendizagem significativa exige o estabelecimento de relações capazes de viabilizar explicações gerais, o que é possível quando um novo conhecimento assimilado interage com conhecimentos abrangentes já existentes em sua estrutura cognitiva. A ocorrência da aprendizagem significativa exige que o aprendiz, disposto a aprender analiticamente, em substituição ao aprender mecanicamente vá buscar em sua estrutura cognitiva, o significado, a explicação e a compreensão do novo, estabelecendo sua relação com os conhecimentos compreensivos que já possui (p.27).

Em 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da Portaria GM/MS nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a). A Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007) estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implementação dessa política, de modo a adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), que define a política de recursos humanos para o SUS como eixo estruturante que deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no cotidiano do processo de trabalho, no reconhecimento do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social e na compreensão de que as práticas são definidas por múltiplos fatores. Deve estar voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas e orientada para a transformação das práticas (PEDUZZI, et al. 2009).

A construção da proposta de EPS a partir da aprendizagem significativa e de problematização está pautada na concepção pedagógica transformadora de Paulo Freire constituindo-se, assim, em processos educativos que buscam promover a transformação das práticas de saúde e de educação (FARIA, 2008; CECCIM, 2005).

Nesse sentido, a EPS propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde façam-se a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos

trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Portanto, os processos de EPS têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009b).

Este novo paradigma é fruto da visão de que o conhecimento não se transmite, entretanto se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais. Ela inclui a busca de formação no trabalho de equipe, a integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas, priorizando os processos de longo prazo em detrimento das ações isoladas através de cursos (BRASIL, 2009b).

Desse modo, entende-se que esta proposta de EP decorra da necessidade diagnosticada no processo do cotidiano do trabalho e não estabelecida por meio de cursos programáticos.

Destaca-se que a EP e a Educação Continuada (EC), embora sejam usadas frequentemente como sinônimos, conferem especificidades no contexto do trabalho, em que PEDUZZI, et al. (2009) sinalizam que a perspectiva de transformação da EC está dirigida às organizações, aos indivíduos e às profissões, e não às práticas sociais, como apontado pela EPS.

A EPS pode corresponder à educação em serviço quando sugere que a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica sejam submetidos a um plano de mudanças institucionais ou de mudança de orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar; pode corresponder à EC, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais, voltada para cada profissão, em tempo e lugar específicos (CECCIM, 2005).

Portanto, a EPS consiste em uma proposta inovadora e com finalidade estratégica para a contribuição na transformação dos processos formativos das práticas pedagógicas e de saúde na organização de serviços. Então, o mundo do trabalho deve estar articulado com o sistema de saúde em suas várias esferas de atenção (BRASIL, 2004b).

A EC é pautada pela:

concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento. É pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional (PEDUZZI et al., 2009, p. 123).

A EC é entendida como a utilização do conhecimento teórico aplicado a uma única e exclusiva profissão com destaque para temas especializados, com a intenção de promover a atualização técnico-científica. É realizada de maneira esporádica, sustentada pela pedagogia de transmissão, que desencadeia o processo de acumulação e apropriação do saber que, muitas vezes, não se traduz em mudanças na prestação dos serviços de saúde (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004, p. 605).

Nesse contexto, a EC caracteriza-se por ser centralizada na atualização de conhecimentos, baseada em técnicas de transmissão, com fins de atualização. Por este fato produz-se uma distância entre a prática e o saber e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática. São cursos periódicos sem sequência constante, centrada em cada categoria profissional, que praticamente desconsideram a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores. (BRASIL, 2009a)

Para Girade, Cruz e Stefanelli (2006), a EC é uma prática autônoma, uniprofissional que contribui para as práticas individuais e não da equipe de trabalho.

A EC na maioria das vezes limita-se à adoção de determinadas rotinas de trabalho, raramente na revisão das práticas. Em muitos casos, a ligação entre o que se faz e o que se diz neste processo parece relacionarem-se com os temas em questão, mas não necessariamente com os problemas práticos ou os comportamentos que deverão ser mobilizados. Ainda que consiga alcançar aprendizagens individuais por meio da EC, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional, ou seja, não se transferem para a ação coletiva. (BRASIL, 2009b).

Silva (2009) considera que, as capacitações dos recursos humanos nos serviços de saúde são pontuais, centradas nas capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, geralmente desvinculadas das reais necessidades de saúde.

Assim, concorda-se com Peduzzi et al. (2009), quando apontam que a educação no trabalho está inserida num contexto tenso, com duas possibilidades, quais sejam a de meramente reproduzir a tecnicidade e a normatividade do trabalho como a de configurar oportunidades de recomposição dos processos de trabalho, de modo que os trabalhadores da saúde possam reconhecer, negociar e responder de

forma mais pertinente às necessidades de saúde dos usuários e da população, buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço, na perspectiva do fortalecimento do SUS.

1.3 A formação no trabalho do ACS

Considerando a criação do PACS em nível nacional em 1991 e os anos de participação na ESF, tem-se em 2011, 20 anos de atuação dos ACS. Vale lembrar que 11 desses anos foram marcados pela inexistência da profissão, em que para ser selecionado como agente comunitário era preciso atender aos critérios de saber ler e escrever, ter espírito de liderança e solidariedade para trabalhar na comunidade e possuir idade mínima de 18 anos.

Somente em 2002, com a lei nº10507 esses critérios foram modificados, exigindo-se para o exercício da função a conclusão do ensino fundamental e a conclusão, com aproveitamento, do curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002).

O ACS utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação, executa atividades de educação para a saúde, registra nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos, estimula a participação da comunidade, monitora situações de risco à família, fortalece os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas, entre tantas outras atividades pertinentes a sua função (BRASIL, 2009a).

Partindo da importância destas atividades no que se refere à contribuição para a reorientação de modelo de atenção à saúde, Morosini (2010) se posiciona, considerando que a formação específica para esses trabalhadores é necessária, como condição fundamental para obter uma atuação qualificada no contexto do SUS.

Para melhor compreensão da formação no trabalho do ACS, faz-se necessário um breve resgate histórico sobre as ações educativas e processos formativos direcionados a esses trabalhadores.

Um marco importante na década de 1990 foi a Lei nº 9394/96 de 20 de dezembro de 1996, que estabeleceu as bases nacionais da educação no Brasil: a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, seguida de uma série de instrumentos legais ligados à Educação Profissional. Assim, operaram-se mudanças na Educação

Profissional com a modularização da educação, o currículo por competências e a separação entre a formação geral e a formação técnica (BRASIL, 1996a).

Morosini (2010, p.78) analisou documentos que versam sobre as propostas de formação profissional dos ACS, na década de 1990+. O primeiro documento analisado foi *Diretrizes para elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos ACS+*, produzido em 1999, com a intenção de orientar e colaborar com as instituições de ensino na elaboração de programas de qualificação e requalificação dos ACS+(BRASIL, 1999a, p.5).

Segundo a autora, esta proposta de formação teve duas peculiaridades: o desenho curricular baseado em competências profissionais e a ênfase na formação em serviço, em que os trabalhadores fossem capazes de transformar suas práticas e atender às necessidades do SUS. Ainda, a competência dos profissionais é também atribuída à capacidade de vincular educação com o trabalho e a formação com a realidade, isto é, o conhecimento com sua aplicação.

Desta análise inicial, Morosini (2010) identifica o contraste entre as dimensões das responsabilidades atribuídas aos ACS e as dimensões de qualificação exigida para a função e questiona a contradição entre o rol de atividades que este trabalhador tem a cumprir, a expectativa de sua atuação em contribuir para religar os serviços de saúde e as comunidades e a formação escolar e profissional que lhe é requerida, chamando a atenção o fato de um trabalhador sem escolarização e formação prévia ser *considerado o elemento central da principal política voltada para a AB (grifos nossos)*.

Posteriormente, em 2003, o MS aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, apresentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) (BRASIL, 2004b), com o propósito de capacitar os trabalhadores da saúde. Em setembro do mesmo ano, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) apresenta o primeiro documento intitulado *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde-ACS+*, com vistas a subsidiar as instituições formadoras na elaboração de programas de formação baseados no modelo de competências+(BRASIL, 2004c, p.4).

Em seus estudos, Morosini (2010) destaca que o documento supracitado sinaliza a preocupação em articular a definição das competências profissionais dos ACS com atributos requeridos aos demais profissionais da saúde e a importância

estratégica de a qualificação profissional ser promovida diante de processos sistemáticos de formação vinculados à escola. Desse modo, estes aspectos contribuem para o reconhecimento profissional dos ACS, inserindo-o no universo dos trabalhadores de saúde e conferindo sistematicidade ao processo formativo dos ACS, vinculando-o ao ensino escolar, o que promove maior estabilidade a essa formação.

Em 2004, por meio da Portaria 198, foi instituída a PNEPS, para viabilizar a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor (BRASIL, 2004d).

Neste mesmo ano, foi desenvolvido o Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, publicado conjuntamente pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde (BRASIL, 2004d).

O objetivo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde:

é preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades, estruturados com uma carga horária mínima de 1.200 horas, distribuídas em três etapas formativas (BRASIL, 2004d, p.16).

Morosini (2010) aponta que, a formação técnica é justificada por quatro argumentos associados no documento, quais sejam: a política de educação profissional para o setor saúde, a relevância dos agentes na mudança das práticas em saúde, seu papel social e perfil de escolaridade.

Atendendo a questão da escolaridade diferenciada dos ACS e a preocupação com um possível desdobramento da divisão técnica do trabalho no interior da profissão dos ACS, a proposta de formação técnica foi dividida em três etapas formativas, com requisitos de acesso distintos, sendo (BRASIL, 2004d, p.17):

- a) etapa formativa I . formação inicial: acesso a todos os agentes comunitários de saúde inseridos no SUS, independentemente da escolarização;
- b) etapa formativa II: concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental;
- c) etapa formativa III: concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio.

Por fim, para definir as três etapas formativas, as cinco competências profissionais dos ACS foram agrupadas em três âmbitos de atuação deste trabalhador, em que cada etapa formativa corresponde a um desses âmbitos.

Ainda em relação à formação técnica do ACS, a SGTES/MS publica em setembro de 2004, o documento intitulado: Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde-subsídios para discussão (BRASIL, 2004e), que esclarece que este tipo de formação para os agentes justifica-se pela importância de uma concepção de formação que proporcione %a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões+ (BRASIL, 2004e, p.4). Ainda, fica definido pelo Deges que este processo deverá ser assumido preferencialmente pelas Escolas Técnicas do SUS, pactuando a formação nos Pólos de Educação Permanente, entendida como modo de articular a política de educação profissional com a política de EP.

Segundo Morosini (2010), o Referencial Curricular para o Curso Técnico de ACS expressa a proposta final da política de formação dos ACS. Como a formação técnica não se tem efetivado, principalmente pela oposição dos gestores municipais do SUS, mantém-se consideravelmente a qualificação desses trabalhadores, no nível de formação inicial.

Para Vieira et al.(2011), a formação do ACS conserva-se de forma abreviada e fragmentada, voltada para a capacitação em serviço, em desacordo com o papel desempenhado pelo ACS na prática da integralidade do cuidado em saúde.

Assim, o processo de política de formação dos ACS constou de três propostas de formação, quais sejam: organização da capacitação dos ACS, na mesma linha do treinamento introdutório, a segunda que indicava um sentido de EP e a última, consistiu numa formação técnica. Entende que as políticas de formação dos ACS consideraram a realidade das práticas em saúde, necessidade de uma formação com caráter profissionalizante e a elevação da escolaridade (MOROSINI, 2010).

Diante disso, infere-se que a intensidade com que foi valorizado o perfil social, comunitário e solidário desses trabalhadores para sua atuação, somada à compreensão do trabalho do agente como algo simples, pode ter determinado por um longo período de tempo, a ideia de que a educação não seria fator preponderante e a qualificação profissional poderia ser simples e breve.

Ainda, vislumbra-se a educação no trabalho do ACS como uma ferramenta capaz de criar possibilidades de crescimento pessoal atrelado ao profissional e como fomento para construção do conhecimento desses sujeitos. Assim, discute-se

neste estudo, a questão da educação no trabalho na configuração de um processo que permita o conhecimento ampliado sobre o processo de trabalho e com condições de revelar o potencial transformador do agente, permitindo tomar consciência de si mesmo e da própria trajetória enquanto indivíduo.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, sendo que a descritiva adota como objetivo primordial a descrição das características de determinada população (GIL, 2010, p.27).

A pesquisa exploratório-descritiva permite ao pesquisador aprimorar ideias e adquirir maior conhecimento sobre a temática proposta, sendo que neste estudo possibilitou descrever o processo de trabalho e as ações educativas que norteiam o trabalho do ACS.

A abordagem qualitativa foi escolhida como sendo a mais adequada para este estudo, pois considera o significado das ações, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas. Na pesquisa qualitativa, a ênfase é compreender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas com a vivência e experiência no cotidiano, compreendidas dentro de estruturas e instituições (MINAYO, 2010).

Neste estudo, a pesquisa qualitativa possibilitou que, a partir do olhar do pesquisador, fosse capturado um fragmento da realidade dos ACS e realizada a análise e interpretação do significado que a educação no trabalho tem para esses trabalhadores.

2.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Santa Maria, localizada geograficamente na região central do estado do Rio Grande do Sul e situada a 300 km de distância da Capital, com uma população de 261.031 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2011).

O cenário do estudo foi a rede de AB do município, especificamente as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as 14 Unidades de Saúde com Equipe Saúde da Família (USF) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2012).

O município de Santa Maria possui 16 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em que 02 USF possuem equipes duplas e 05 Equipes de Agentes

Comunitários de Saúde (EACS). Das 05 EACS, somente 03 destas (com 15 ACS no total) estão cadastradas junto ao MS. As demais não estão cadastradas no MS por falta de enfermeiro supervisor (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2012).

Todas as equipes estão distribuídas por regiões administrativas de Santa Maria, difundidas nos serviços de saúde. O trabalho dos ACS no município iniciou em 1996 com equipe do PACS e foi sendo ampliada até 2004, quando foi dado início às equipes de ESF.

2.2 Participantes da pesquisa

A população foi composta por todos os ACS vinculados às equipes de ESF e todos os ACS que compõem as EACS de Santa Maria. O número total de ACS é 115 trabalhadores (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2012). Atualmente, 83 ACS fazem parte da ESF e 32 integram EACS, estando estes últimos ligados a UBS tradicional, determinada pela área geográfica onde atuam.

Inicialmente, foi feita uma lista com todas as unidades de saúde, com ESF e UBS do município que possuem ACS vinculados. Após, elaborou-se uma segunda lista, com o nome de todos os ACS de acordo com a ESF/UBS a que estavam vinculados e por fim, a soma do total destes trabalhadores em cada ESF/UBS, já levando em consideração os critérios de inclusão do estudo.

Os critérios de inclusão dos participantes foram atuar há pelo menos um ano como ACS, seja na ESF ou em EACS e pertencer ao quadro de ACS do município de Santa Maria.

Foram excluídos do estudo os ACS que não atenderam aos critérios anteriormente estabelecidos, bem como os que estavam ausentes do trabalho em licença de qualquer natureza, ou seja, saúde, gestante, adotante, etc, no período estabelecido para a coleta de dados.

Assim, para participação na pesquisa, foram elencados todos os ACS do município por unidade de saúde, considerando a lógica de trabalho (ESF ou EACS). A escolha por dispor separadamente grupos de ACS integrantes de ESF e de EACS deveu-se ao fato de que poderiam ocorrer diferenças no que se relaciona às concepções de educação no trabalho de acordo com a modalidade das equipes.

Definiu-se o sorteio de 17 ACS da ESF e 12 ACS da EACS, sendo convidados a participar da pesquisa 15 ACS da ESF e 10 ACS das EACS. Isso se deveu à escolha da técnica de grupo focal para a coleta de dados, pois de acordo com a orientação de estudos acerca dessa técnica, o recomendado é que o número de participantes seja de seis a quinze pessoas (RESSEL et al., 2008).

Para definição do número de ACS pertencentes a cada ESF e EACS que seriam sorteados e convidados a participar da pesquisa, adotou-se o critério de proporcionalidade em relação ao número total de agentes por unidade, sendo que houve variação entre 01 a 03 participantes sorteados por unidade de saúde.

Optou-se por compor grupos de 15 ACS da ESF e de 10 ACS das EACS, tendo em vista que quando se deseja gerar maior número de ideias, a melhor opção é organizar grupos maiores (RESSEL et al., 2008).

2.3 A coleta de dados

Para coleta de dados foram selecionados dois instrumentos, quais sejam: um questionário de levantamento de dados sócio-demográficos e a técnica de grupo focal.

2.3.1 Questionário de levantamento de dados sócio- demográficos

O questionário com itens fechados teve como objetivo realizar um levantamento dos dados sócio demográficos dos ACS a fim de caracterizá-los (APÊNDICE B), o qual incluiu os seguintes aspectos: sexo, data de nascimento, idade, nível de formação, tempo de serviço como ACS, motivo de ingressar na ocupação de ACS e atividade que exercia antes de atuar como ACS.

Realizou-se a entrega, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE A) no início do primeiro encontro do grupo focal. O TCLE foi apresentado em duas vias, ficando uma de posse do participante do estudo e a outra com a pesquisadora. Após, o questionário foi fornecido aos participantes, solicitando que respondessem as questões, ressaltando que àquelas que optassem em não responder deveriam ser assinaladas com um traço. Após a leitura do questionário, foi estabelecido um tempo de 20 minutos para responderem às

questões. Após a devolução individual do mesmo a pesquisadora propôs iniciar o grupo focal.

2.3.2 Grupo focal

As pesquisas qualitativas possuem diversas técnicas para a coleta de dados. Uma dessas possibilidades é o Grupo Focal (GF) que se caracteriza por ser um grupo de discussão que permite o diálogo a respeito de um tema em especial, vivenciado e compartilhado por meio de experiências comuns, sendo que os participantes recebem estímulos ajustados para o debate (POPE; MAYS, 2009).

Como vantagem do uso dessa técnica está a possibilidade de intensificar o acesso de informações acerca de um fenômeno, na medida em que diferentes olhares e ângulos de visões vão sendo apresentados pelos sujeitos, despertando a elaboração de certas percepções que ainda se mantinham numa condição de latência (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

A escolha pela técnica do GF como instrumento de coleta de dados na pesquisa mostrou-se apropriada, uma vez que é considerada:

uma técnica de inegável importância para tratar das questões de saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 2010, p.129).

Anterior ao primeiro encontro do GF, a pesquisadora e as observadoras também denominadas de assistentes de pesquisa, leram diversos artigos sobre o uso de GF em pesquisas qualitativas e releeram o projeto de dissertação de mestrado com ênfase nos objetivos da pesquisa, para que todos os envolvidos na coleta de dados tivessem clareza acerca da proposta. Com uma semana de antecedência, foi marcada uma reunião com a pesquisadora, orientadora, co-orientadora e assistentes de pesquisa, a fim de rever o planejamento e as particularidades para aplicação da técnica, esclarecendo quaisquer dúvidas.

A previsão inicial de dois encontros com ACS- ESF e dois encontros com EACS foram pensados à luz dos objetivos da pesquisa, considerando que poderia sofrer alterações, uma vez que a pesquisa qualitativa considera a necessidade de manter os grupos até que a informação obtida deixe de ser nova.

Assim, foram realizadas quatro sessões de GF, divididos em dois encontros por grupo, sendo um grupo constituído por 15 ACS integrantes de ESF e outro com 10 ACS vinculados às EACS. Cada sessão teve duração de 2 horas. As reuniões ocorreram no mês de maio de 2012, semanalmente, iniciando pelo grupo de ESF e finalizando com o grupo do EACS.

Dois dias antes do encontro marcado com os ACS, a pesquisadora entrou em contato telefônico com cada agente, confirmando a presença, o local do encontro (auditório da Prefeitura Municipal) e horário do encontro. Vale destacar que foi enviado ofício para todos os respectivos enfermeiros supervisores, informando as datas dos encontros, com a solicitação de liberação para os ACS sorteados participarem da pesquisa.

A seguir, será descrito como ocorreu o desenvolvimento da técnica de GF em ambos os grupos, referente ao primeiro encontro:

O ambiente foi preparado com incensos, música ambiental, ar condicionado, disposição das cadeiras em círculo (favorecendo com que se estabelecesse a comunicação entre a coordenadora, as observadoras e o restante do grupo) e a organização de um coffe-break para ser oferecido aos ACS ao longo do encontro. Na porta de entrada do local dos encontros, foi colocado um aviso: %Silêncio, favor não interromper! Uso de gravador+, para assegurar a privacidade e evitar ruídos externos.

Assim que os ACS chegaram ao local, realizou-se a abertura do primeiro encontro com boas vindas aos mesmos. Em seguida, foi proposta uma dinâmica conhecida por %apresentação pessoal por meio de crachás criativos+, em que foi colocado à disposição de todos os presentes, revistas, tesouras, pincéis atômicos, cola e barbante; com o objetivo de que cada um confeccionasse livremente o seu próprio crachá para apresentar-se ao grande grupo. Determinou-se 15 minutos para o desenvolvimento da dinâmica.

Posteriormente a esta apresentação individual, foram apresentados pela pesquisadora, os objetivos do estudo, da coleta de dados através do GF, ressaltando a figura da moderadora (mestranda), como facilitadora do processo de discussão e do apoio das observadoras (acadêmicas do curso de enfermagem da UFSM e bolsistas de iniciação científica).

Após, foi explicada a dinâmica da discussão do GF sendo que a mestranda informou que o GF não era um teste de conhecimento, e, portanto, inexistiam

respostas certas ou erradas, e sim um debate em que todos eram livres para expressar suas considerações sobre o tema específico, salientando a importância da participação de cada um na discussão.

Os participantes foram orientados que o debate dar-se-ia com perguntas norteadoras, ou seja, um guia de temas (APÊNDICE C), e seria importante que os ACS não falassem ao mesmo tempo, evitando as discussões paralelas, a fim de facilitar a posterior transcrição das falas. Ainda, que a discussão poderia não se esgotar em um só encontro podendo ser retomada no próximo encontro do grupo.

Em seguida, apresentaram-se os aspectos éticos, sendo esclarecido que aquele era um espaço protegido, ou seja, onde todos tinham liberdade de expressar o que pensam, que não haveria fotos, nem nomes revelados, havendo compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados, preservando-se a identidade dos participantes. Assim, foi pactuado que estes seriam designados por meio de denominações ACS1,2,3,4-ESF, ACS1,2,3,4-EACS, e assim por diante. Ainda, destacou-se o compromisso do retorno dos resultados para os ACS do município após a defesa da dissertação.

Para favorecer a fidedignidade dos dados explicitou-se que os encontros seriam gravados, utilizando-se um gravador de voz digital e que após cada encontro, seria realizada a transcrição literal da gravação pela mestrandia. Houve o esclarecimento de questões éticas, conforme a Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996b).

Ainda, os participantes receberam orientações de que a pesquisa a princípio não ocasionaria riscos, mas se houvesse mobilização de sentimentos, em função da reflexão sobre o cotidiano de trabalho, estaria à disposição dos interessados o recurso psicológico do serviço de psicologia da Secretaria de Município de Saúde (SMS) do município.

O GF somente foi iniciado após entrega, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Este foi apresentado em duas vias, ficando uma de posse do participante do estudo e a outra com a pesquisadora. Após, foi proposto pela pesquisadora alguns ~~contratos~~ contratos, tais como: horário de início do grupo, participação nos encontros, celular no silencioso, data do próximo encontro.

Após este momento, transcorreram 20 minutos para o preenchimento do questionário, conforme já descrito anteriormente.

Ao final do encontro, foi feita uma síntese retomando o foco das discussões e confirmando as informações, com a leitura em voz alta das anotações feitas por uma das observadoras, em que os participantes poderiam acrescentar, retificar ou contribuir com outros dados. Ao encerrar a reunião, foi entregue uma mensagem e bombons, agradecendo a participação de todos.

A estruturação do 2º encontro seguiu a mesma metodologia de discussão grupal, respeitando a duração de duas horas e seguindo as questões norteadoras procedentes do guia de temas. No início da sessão, era exposto um resumo da sessão anterior e ao final, era realizada uma síntese do debate e oportunizado um espaço para esclarecimento, retificações e contribuições. Encerrava-se com a leitura de uma mensagem e agradecimentos pela participação no estudo.

2.4 Organização, análise e interpretação dos dados

Primeiramente, após a finalização dos grupos focais, foi agendada pela pesquisadora uma reunião com a orientadora e co-orientadora a fim de discutir as primeiras impressões obtidas na aplicação dos instrumentos para coleta de dados e delinear os primeiros passos a serem seguidos em busca da construção da análise de dados.

Dessa maneira, definiu-se que a princípio seria feita a sistematização dos dados sócio- demográficos para a análise sobre a caracterização dos ACS e que seria utilizada a técnica de estatística descritiva empregando frequência e percentual.

Já em relação ao GF, os dados seriam submetidos à Análise de Conteúdo, modalidade temática de acordo com Bardin (2009), iniciando pela construção de um quadro sinóptico com os seguintes elementos: tema a ser discutido, questão norteadora, participante, ESF/EACS que pertence, extrato da fala, fala literal, contribuições dos autores sobre o tema, reflexões da pesquisadora, observações, outros registros.

2.4.1 Dados sócio- demográficos

Os dados sócio- demográficos foram agrupados e descritos, utilizando-se as técnicas de estatística descritiva, a partir da apresentação dos mesmos com frequência e percentual.

2.4.2 Grupo focal

Iniciando o percurso da análise de dados por meio da Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin (2009), iniciou-se a fase de pré-análise, que é a organização do material propriamente dita, em que primeiramente, os dados obtidos nas gravações do GF foram transcritos de forma literal em um editor de textos, constituindo o corpus da pesquisa. Foram organizados de modo que constasse o nome do ACS de acordo com cada fala e a questão norteadora a que se referia. Criou-se um módulo de transcrição para cada grupo sendo: Módulo 1 (1º Grupo Focal com ACS da ESF), Módulo 2 (2º GF com ESF), Módulo 3 (1º GF com EACS) e Módulo 4 (2º GF com EACS), para que os dados pudessem ser analisados a princípio, separadamente.

Em seguida, foram sendo escolhidos os documentos para serem analisados. Para tanto, foi construído um quadro sinóptico com os elementos descritos anteriormente, em que os dados selecionados e inseridos no quadro foram pensados à luz dos objetivos da pesquisa. Com o intuito de facilitar o entendimento, buscou-se auxílio do programa Microsoft Office Excel 2007, criando uma pasta para cada ACS, na tentativa de sistematizar as ideias iniciais.

Após, deu-se início a leitura flutuante de todo material coletado no GF, surgindo os primeiros pressupostos, procedentes das impressões da pesquisadora. Nessa ocasião, foi necessário aprofundar a leitura sobre a Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Laurence Bardin e, a partir desta ocasião, iniciou-se um ~~va~~ ^{ví}avém+entre teoria, técnica, questão norteadora e interpretação.

A escuta das gravações realizada diversas vezes e as leituras exaustivas do material fortaleceram a necessidade de ratificar as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência. Bardin (2009) esclarece como esses critérios podem ser operacionalizados pelo pesquisador: exaustividade (esgotar a totalidade de comunicação, não omitindo nada); representatividade (a amostra deve representar o universo); homogeneidade (os dados devem referir-se

ao mesmo tema); pertinência (os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa).

Nesse momento, sentiu-se a necessidade de abrir mão do recurso de computador e utilizar um caderno, em que no topo da página colocava-se a questão norteadora procedente do guia de temas e abaixo todas as informações que na transcrição, referiam-se àquela questão, anotando palavras e fragmentos das falas que se correlacionavam, considerando ser essencial abster-se das falas anteriores para a inferência. Salienta-se que, diferente do quadro sinóptico, estas anotações apenas consideraram as informações que se relacionavam com a temática deste estudo, configurando, assim, o que se chama de recorte do texto.

Segundo Bardin (2009), desde a fase de pré-análise devem ser determinadas operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática, e ainda, que o critério de recorte na análise de conteúdo é sempre de ordem semântica.

Posteriormente, as anotações (ou recortes) foram legitimadas com os elementos do quadro sinóptico. Permitiu-se identificar, nessa fase, que convergiam as informações e as impressões registradas no quadro sinóptico com as impressões assinaladas do caderno.

Nesse sentido, o uso de um segundo instrumento favoreceu o surgimento de novas interpretações enriquecendo o material, o que vai ao encontro à orientação de Bardin (2009), quando refere que na prática da análise, quando o pesquisador já está orientado em direção a uma problemática teórica, pode ~~av~~ inventar+ novos instrumentos no decorrer da análise, favorecendo a passagem do corpo teórico (hipóteses) para o surgimento das categorias.

Como nessa fase as entrevistas estavam sendo analisadas individualmente, alguns questionamentos indicados por Bardin (2009) giravam em torno dessa primeira análise, quais sejam: O que essa pessoa está realmente querendo dizer? Como isso é dito? O que não diz? Que diz sem dizer? Como é que as frases, palavras e sequências encadeiam-se entre si? Essa pessoa manifesta tal coisa de tal tema? Onde é que já vi noutra fala? Que outra pessoa encontrei num contexto equivalente? Posso dar um título ou especificidade a esta fala?

Ainda cabe destacar que as anotações feitas pela observadora nas sessões de GF e validadas pelos participantes da pesquisa, foram transcritas em um editor de texto. Imprimiu-se uma cópia da síntese e, partindo deste material, surgiu a ideia

de assinalar por cores diferentes, de acordo com os temas que se repetiam com regularidade, bem como as ideias semelhantes.

Então, a criação do quadro sinóptico no programa Microsoft Office Excel 2007, as anotações do caderno com os recortes do texto e a técnica das cores aplicada no material impresso da síntese dos encontros realizado pela observadora, asseguraram ao pesquisador a segurança de preparar (e editar) o material a ser submetido à análise, considerando todos os critérios propostos nesta fase por Bardin (2009).

Posteriormente, iniciou-se a fase de exploração do material, considerada como a realização das decisões tomadas na pré-análise. Esse é o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregada em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2009).

Nesta etapa, o primeiro passo foi encontrar os temas que foram se libertando naturalmente do texto, constituindo as Unidades de Registro (UR),

Como poderiam aparecer UR/temas diferenciados em ACS de ESF e EACS e para facilitar o entendimento, optou-se por formar tabelas de acordo com as UR identificadas, em que constavam duas colunas, uma direcionada para ACS de ESF e outra para ACS de EACS.

A partir da identificação das UR foi possível elencar as categorias que emergiram dos dados. Categorizar, na perspectiva de Bardin (2009), é classificar elementos constitutivos de um conjunto por meio da diferenciação seguida de reagrupamento segundo analogia e critérios previamente estabelecidos.

Para Campos e Turato (2009), as categorias são classes que reúnem grupos de unidades de registro em razão de características comuns, como um processo de apresentação didático-científica dos resultados e discussões, buscando a categorização.

Destaca-se que, embora a análise qualitativa não se baseie na frequência que aparece uma característica de conteúdo no texto e sim na presença e no significado, foram levados em consideração pela pesquisadora a frequência e a regularidade com que apareciam as UR em ambos os grupos, pois a própria frequência de aparição tem seu significado que cabe considerar. Salienta-se que para análise, a inferência foi fundada na presença de palavras, temas, frases e seus significados e não na frequência da sua aparição.

No que tange a isso, Bardin (2009), esclarece que a análise temática consiste em descobrir os núcleos do sentido+cuja presença ou frequência com que aparece pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema, por sua vez, é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, valores, crenças, etc.

Na prática, a categorização foi esquematizada em quadros, agora não separando mais os dados de ACS de ESF e EACS, pois não foram encontradas diferenças em relação à temática proposta, entre os grupos.

Portanto, a definição de categorias baseou-se em alguns princípios, conforme indicados por Bardin (2009): um elemento só poderia estar presente em uma categoria (exclusão mútua); as categorias deveriam estar de acordo com os objetivos da pesquisa e com as questões norteadoras e os elementos deveriam ser claros e codificados do mesmo modo.

A fase seguinte foi a de tratamento dos resultados, que de acordo com Bardin (2009), é o momento que o pesquisador tem à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e adiantar interpretações relacionadas com os objetivos da pesquisa.

Nessa etapa, para melhor visualização, listaram-se todos os temas e UR encontradas, e fez-se uma verificação prudente em busca de temas diferentes que poderiam ser agrupados, de acordo com as semelhanças, e formando ao final um único tema. Definidos os temas, buscaram-se as categorias que os agrupavam.

Segundo Campos (2004), produzir inferência em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores; sendo esta, visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção.

Assim, buscou-se a fundamentação teórica para discussão e análise dos resultados por meio de uma cuidadosa interpretação, que buscasse o significado do que estava atrás do (não) dito+e que respondesse aos objetivos da pesquisa.

2.5 Aspectos éticos da pesquisa

Para atender aos critérios éticos, este projeto foi registrado no Gabinete de Projetos (GAP) e no SISNEP (Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) e encaminhado para avaliação ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município de Saúde de Santa Maria (NEPeS/SMS).

Posterior à autorização do NEPeS (ANEXO B), a pesquisadora entrou em contato com a coordenadora dos ACS do município, a fim de se apresentar como pesquisadora e explicar os objetivos da pesquisa.

Em seguida, foi encaminhado para apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), obtendo a aprovação e autorização para a coleta de dados (ANEXO C). mediante CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº 0350.0.243.000-11.

Após estas tramitações, foi efetuado o contato telefônico com os prováveis participantes da pesquisa, explicitando o projeto, seus objetivos, e que a participação seria por meio de GF. Garantiu-se a disponibilidade em responder quaisquer dúvidas sobre assuntos relacionados à pesquisa, por telefone, e-mail ou pessoalmente, antes mesmo de decidir participar. Informou-se que a ausência em um dos encontros não impediria a participação nos outros. Ainda, foi salientado a liberação dos ACS, por parte do NEPeS, da coordenadora dos ACS e dos respectivos enfermeiros supervisores.

Nesse momento, também foram informados os direitos quanto ao anonimato e proteção da imagem, quanto ao direito de recusar-se a participar da pesquisa, a retirar o consentimento em qualquer momento da mesma, sem que isto lhe resultasse algum prejuízo.

Assim, a coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do CEP da UFSM, seguida da assinatura dos participantes do TCLE, ficando uma de posse do participante do estudo e outra com a pesquisadora.

A identificação dos ACS no momento da transcrição do GF foi possível, mediante a colaboração de uma das observadoras, que utilizou o método da relação do nome com a escrita que direcionava a fala inicial de cada participante, em um diário de campo. Destaca-se que o curto espaço de tempo entre a sessão de GF e a transcrição das entrevistas colaborou para a fidelidade e qualidade destes registros. O anonimato dos participantes do estudo foi representado pelas siglas ACS-ESF e ACS-EACS de acordo com as equipes que integravam.

Em relação ao material resultante da coleta de dados, este ficará por cinco anos sob a responsabilidade da professora orientadora responsável pela pesquisa,

em um armário chaveado na sala 1305, do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde da UFSM, compondo um banco de dados qualitativos. Após esse período, os dados serão destruídos.

Durante todo o processo da pesquisa, a pesquisadora cumpriu as exigências da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996b).

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos na coleta de dados deste estudo, os quais estão apresentados a seguir.

3.1 Dados sócio- demográficos

3.1.1 Caracterização dos ACS estudados

A seguir serão apresentadas algumas particularidades dos ACS que participaram desta pesquisa.

Quanto ao **gênero**, dos 25 ACS que participaram da pesquisa, 21 (84%) são do sexo feminino e 04 (16%) são do sexo masculino. A predominância das mulheres nessa atividade propicia a discussão sobre as questões relacionadas ao trabalho feminino, em que se constata uma inserção expressiva no mercado de trabalho especialmente a partir da década de 90, e que se mantém até a atualidade.

Historicamente, percebe-se que foi construída a ideia de que a mulher detém qualidades inerentes à própria condição feminina, como por exemplo, a responsabilidade pelas atividades domésticas e familiares, incluindo o cuidado com os filhos e demais familiares.

Alguns estudos que discutem a incorporação da mulher no mercado de trabalho apontam determinantes econômicos como a crise, o empobrecimento da população e a conseqüente degradação das condições de vida como motivos para agregarem as atividades domésticas e familiares ao trabalho remunerado (AQUINO, MENEZES; MARINHO, 1995; BRUSCHINI, 1998; CARLOTO, 2002).

Nesse viés, remete-se a iniciativa do governo do Ceará, que em 1987, segundo Silva e Dalmaso (2002), num contexto de emergência social e econômica, em decorrência da seca, percebe a necessidade de gerar emprego e renda, em atividades de promoção da saúde para moradores das áreas mais carentes do Estado. Para início desse programa de emergência, foi feita uma seleção de agentes de saúde que atendia aos critérios: mulheres pobres, que apresentassem capacidade de realizar o trabalho, devendo ser reconhecidas e respeitadas pela comunidade.

Assim, foram selecionadas 6000 mulheres, em que esta preferência pelo trabalho feminino advinha da garantia do salário e sobrevivência das famílias, com melhorias em relação a sua condição social, e como meio de estimular um posicionamento mais ativo em outras mulheres na sociedade. Após um treinamento, elas começaram a desenvolver atividades de educação em saúde, por meio de ações de incentivo ao aleitamento materno, vacinação, prevenção de desidratação, entre outras (SILVA; DALMASO, 2002).

De acordo com Ávila (2011), o desencadeamento de ações capazes de ajudar a melhorar os indicadores alarmantes da saúde infantil, por meio de ações simplificadas desenvolvidas pelas agentes de saúde foi tão significativo que o governo do estado do Ceará decidiu institucionalizar o agente de saúde por meio de um novo programa, o Programa Agentes de Saúde (PAS), passando em 1991, se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991.

Com o passar do tempo, o ACS tornou-se uma profissão e ainda mantém o predomínio do trabalho feminino. Estudos em períodos diferentes em diversos municípios brasileiros demonstram estes dados (SILVA; DALMASO, 2002); ÁVILA, 2011; QUATRIN, 2009; OLIVEIRA JÚNIOR, 2012; NETO et al., 2007).

Nesse sentido, Oliveira et al. (2012) referem que, o aumento do número de mulheres integradas ao mercado de trabalho retrata um fato considerado irreversível, uma vez que a proporção da população feminina na faixa etária dos 15 aos 64 anos, inserida no mercado de trabalho nos países desenvolvidos aumentou significativamente nos últimos anos.

Segundo Wegner e Pedro (2010), as mulheres têm conquistado espaços essenciais à sua afirmação social e valorização perante a sociedade por meio dos papéis que vêm realizando com competência, seja na família ou na comunidade, sendo o de cuidadora histórica e culturalmente o mais evidenciado e assimilado.

No domínio leigo, a sociedade reconhece a mulher como a principal provedora de cuidados de saúde (WEGNER; PEDRO, 2010). Desse modo, pensou-se que as ações desenvolvidas pelos ACS giram em torno do cuidado à saúde das pessoas, embora ocorra inserção crescente dos homens nesse cenário, a predominância do trabalho feminino pode estar relacionada ao papel de cuidadora que esta desempenha na sociedade, em relação ao lar, aos filhos e aos familiares.

Em relação à **idade** dos ACS estudados, é possível perceber que a idade média foi de 38 anos, sendo que a mínima foi de 24 anos e a máxima de 58 anos.

Desse modo, é possível identificar de acordo com a faixa etária que 04 (16%) estavam entre 24 a 30 anos, 12 (48%) entre 31 a 40 anos, 07 (28%) entre 41 a 50 anos e 02(8%) na faixa etária de 51 a 60 anos. Esses dados apontam para uma maturidade produtiva e indicam a possibilidade de experiências anteriores em relação ao trabalho. Ainda, percebe-se o predomínio de adultos jovens na profissão, dados estes que convergem com alguns estudos (QUATRIN, 2009; OLIVEIRA JÚNIOR, 2012; SAKATA, 2009; SANTOS, 2011; FERRAZ; AERTS, 2005).

Considerando a idade com que os participantes iniciaram suas atividades na função de ACS, constatou-se que a média foi de 32 anos, sendo a idade mínima de 22 anos e a idade máxima de 54 anos.

Da mesma forma, apontam os adultos jovens como maioria no que se refere à admissão na profissão de ACS. Esses dados ratificam um dos pré-requisitos estabelecidos pelo MS, que para ser ACS deve ter idade acima de 18 anos, isto é, deve possuir capacidade civil plena, não havendo determinação de limite máximo de idade (QUATRIN, 2009).

Em relação à **escolaridade** dos 25 ACS estudados, todos (100%) possuem ensino médio completo, sendo que destes, 08 (32%) possuem curso profissionalizante e 03 (12%) tiveram acesso ao nível superior, sendo que 01(4%) concluiu o ensino superior.

Desde a criação do PACS, em 1991 até a criação da lei nº10507 que criou a profissão de ACS em 2002, passaram-se 11 anos em que apenas se exigia como critério de seleção a capacidade de ler e escrever. A partir dessa lei passou a vigorar como pré-requisito para atuação, o ensino fundamental completo (BRASIL, 2002).

Os dados revelam um interesse particular dos agentes em buscar uma maior escolaridade, no sentido que os dados revelam que vai além da exigência do MS para assumir o cargo. Nesse contexto, Mendonça (2004) esclarece que os conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS são bastante complexos e diversificados, e transcendem o campo da saúde por requererem a aprendizagem de aspectos que estão presentes nas condições de vida da população e que exigem destes profissionais uma atuação intersetorial.

Assim, Thomaz (2002) afirma que a elevação da escolaridade dos ACS passaria a ser fator importante para dar conta desse novo papel, bem mais complexo e abrangente, contribuindo com a qualificação no que tange às ações desenvolvidas.

Vale destacar que do total dos participantes, 07(28%) optaram pela profissionalização específica na área de enfermagem. Em relação a esse aspecto, Marzari, Junges e Selli (2011) dizem que a profissionalização dos agentes não necessariamente deve passar por cursos técnicos de enfermagem, pois a procura por essa formação poderia estar associada à busca de igualdade profissional com outros membros da equipe e para maior legitimação do conhecimento pela comunidade.

Nesse sentido, acredita-se que o papel que o ACS exerce na equipe de saúde, deve estar claro entre os próprios agentes, entre os demais integrantes da equipe e bem compreendidos pela comunidade, evitando distorções em relação às atribuições desses profissionais.

%Dentro da comunidade, durante a semana tu não pode ir lá(na unidade de saúde) porque tu é ACS, mas no final de semana como fica?não encaminha, não pode ir para o PA.Não...tu pode fazer (segundo a enfª).Aí a comunidade fica que jeito? Confusa. Ela pode ou ela não pode?+(ACS10-ESF).

%Mas tu mesmo como técnica, tu tá na posição de agente. Aquele teu certificado tu tem que esquecer+(ACS4-ESF).

%Depois do teu horário, tu pode fazer tudo isso se tu tem o técnico, eu acho errado isso, se tu não pode fazer como técnico de enfermagem no teu horário, tu não pode fazer depois do teu expediente pra comunidade principalmente, mas fora, se for trabalhar noutro lugar, é outra coisa+(ACS15-ESF).

%Durante a semana tu não pode fazer, mas se tem um tratamento que vai durar toda semana até o final de semana, daí o que acontece? ah, mas daí é final de semana, daí tu não é agente de saúde, daí tu pode fazer. Porque no final de semana eu não vou ser mais agente de saúde?aí tu tá fazendo como pessoa .Pode fazer injeção, pode fazer curativo+(ACS5-ESF).

De acordo com Nunes et al. (2002), os agentes, por fazerem parte da equipe de saúde, são levados a identificar-se com certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. Pelo tipo de formação recebida adquirem maior acesso ao saber biomédico, mais valorizado do que o conhecimento popular, conferindo-lhes maior prestígio social e maior conhecimento para atuar. A fala a seguir expressa essa questão.

%A gente fica amarrado por um simples HGT, porque não pode fazer tal coisa, mas aí entra a questão da confiança+ (ACS2-EACS).

Assim, as leituras realizadas permitiram identificar diversas opiniões de estudiosos voltadas para a questão da escolaridade dos ACS. Uma das concepções é a de que a qualificação poderia desviá-lo da sua principal atribuição, de prevenção de doenças e promoção da saúde individual ou coletiva. Por outro lado, o MS investe na concepção da necessidade de elevação da escolaridade, permitindo maior autonomia intelectual desses trabalhadores e valorizando o domínio do conhecimento técnico-científico.

No que tange ao último aspecto, **a formação dos ACS** tem sido um dos objetivos da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e, pelo menos no âmbito legal, já houve a aprovação do aumento da escolaridade e a qualificação em nível técnico, com a elaboração do Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde no ano de 2004 (BRASIL, 2004b). No entanto, esse direito conquistado, por meio de lutas e mobilizações coletivas dos ACS, não tem sido garantido, permanecendo a precarização da formação profissional (OLIVEIRA JÚNIOR, 2012).

Em relação ao **tempo de serviço como ACS**, 09 (36%) tem de 1 a 5 anos de serviço, 14(56%) têm de 6 a 10 anos de serviço, e 2 (8%) trabalham há mais de 10 anos. O menor tempo de serviço prestado como ACS foi de 1 ano e 2 meses, e o maior tempo de serviço foi 14 anos. Ressalta-se que para participar do estudo era necessário que o ACS atuasse há pelo menos 01 ano na função.

A diversidade em relação ao tempo de serviço como ACS ocorre pelo fato de que alguns participantes do estudo tiveram a experiência de atuar na função por passarem por um processo de seleção para o cargo, orientado pelo MS e realizado no município, composta por três fases: uma prova objetiva e eliminatória, entrevista individual e coletiva classificatória. A partir do ano de 2008, determinou-se legalmente que o ingresso para o cargo de ACS dar-se-ia exclusivamente por meio de concurso público municipal. Desse modo, alguns ACS que foram aprovados no concurso já exerciam a atividade anteriormente e outros agentes sem atuação anterior foram aprovados, e ainda, destaca-se que muitos dos que já trabalhavam como ACS no município não conseguiram aprovação no concurso público.

Os dados indicam a baixa rotatividade desses trabalhadores, sendo que o menor tempo de serviço está diretamente relacionado ao período desde a nomeação para o cargo.

O estudo realizado por Quatrin (2009) também confirma a menor rotatividade dos ACS no trabalho e refere que esse dado pode estar relacionado ao fato de gostarem do que fazem o que pode ser evidenciado nas falas a seguir:

Faz 14 anos que trabalho como ACS na mesma área que eu moro, e por outras razões que eu estou, que eu gosto... e eu gosto muito de fazer, embora não seja fácil+(ACS1-EACS).

Eu gosto muito (do trabalho) porque minha comunidade é bem tranquila de trabalhar, então é uma terapia que eu faço, sou apaixonada, principalmente pelos idosos que esperam minha visita. Eu acho que eu nasci para ser ACS+(ACS6-EACS).

A seguir, serão discutidos os dados referentes à **motivação para ser ACS**, em que 09 (36%) dos agentes apontaram a estabilidade profissional, 05 (20%) referiram a oportunidade de emprego, 03 (12%) indicaram a fuga da rotina do trabalho, 08 (32%) apontaram gostar de trabalhar com pessoas na área da saúde.

Destaca-se que a **estabilidade profissional** por meio de concurso público e a **oportunidade de emprego**, como motivo de ingresso na profissão de ACS foram demonstradas em outros estudos (SILVA; DALMASO, 2002; JÚNIOR, 2012; FERRAZ, 2005). As falas a seguir evidenciam esses dados.

Queria um emprego fixo e apareceu a oportunidade de fazer a inscrição e consegui entrar+(ACS8-ESF).

Nem sabia o que era ser agente, li um anúncio no ônibus, tava desempregada+(ACS6-ESF).

Eu caí meio de paraquedas na área da saúde, eu fiz o concurso, como eu tinha feito vários outros, aí fui gostando do trabalho+ (ACS7-EACS)

No que tange a isso, em estudo sobre a vinculação institucional do ACS, Nogueira, Silva e Ramos (2000) referem que desde sua inauguração como política oficial de governo, a inserção do ACS na rede do SUS suscitou polêmica a respeito da forma mais apropriada de relação de trabalho que deveria ser adotada para que esse trabalhador.

O Departamento de AB por meio de um monitoramento realizado entre julho de 2001 e agosto de 2002, comprovou a existência de no mínimo dez modos diferentes de inserção do ACS no serviço. A partir da Emenda Constitucional nº 51, de 15 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a) ficou regulamentado ao ACS, a possibilidade da seleção pública, como forma de ingresso no serviço público, abrindo uma exceção no processo seletivo destes, permitindo que se faça concurso público cuja única exigência, no caso desse trabalhador, é o local de moradia, de modo a não perder sua especificidade de moradores da comunidade local.

No que tange à vinculação institucional do ACS, Nogueira, Silva e Ramos, em estudo realizado no ano de 2000, discorrem sobre a questão da identidade comunitária, perfil social, capacidade de liderança e pendor para ajuda solidária deste profissional, e os destacam como características necessárias para o exercício da função.

Entretanto, os autores defendem a ideia de que legalmente o processo de seleção do tipo concurso público, não pode considerar como critério a identificação com a comunidade e liderança, porque fere o princípio de que todos podem concorrer a uma vaga via concurso público, pois acreditam que seria considerado restritivo dos princípios de acesso igualitário, impessoal e universalista aos cargos públicos. Não poderia haver acesso restrito a um posto vinculado a um dado local de trabalho, devido a esse tipo de lógica universalista, peculiar ao Estado moderno, não é lícito que uma pessoa obtenha vantagens comparativas numa avaliação, pelo único fato de residir numa dada localidade ou de pertencer a um determinado grupo social (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Destaca-se que todos ACS que atuam no município ingressaram no cargo por meio de aprovação em concurso público no município estudado, e, portanto fazem parte do quadro de servidores públicos municipais.

Dentro desse contexto, faz-se necessário refletir sobre a conformação da identidade profissional dos ACS, que durante 10 anos tiveram o reconhecimento social da comunidade e dos trabalhadores do setor saúde e somente após esse período houve o reconhecimento como *profissão*, por meio da criação da lei nº 10507/2002 (BRASIL, 2002). Para melhor entendimento do processo de profissionalização deste trabalhador, será realizada uma breve abordagem em relação ao trabalho, emprego e profissão, utilizando algumas conceituações que serviram para subsidiar, fomentar e dar sentido à temática do estudo.

Ao realizar um resgate histórico, apreende-se que na Antiguidade, o trabalho era entendido como a atividade dos que haviam perdido a liberdade e o seu significado confundia-se com o de sofrimento ou infortúnio. No final da Idade Média, houve uma valorização positiva ao trabalho, compreendido como um espaço de aproveitamento das capacidades humanas. Na Idade Moderna, ocorreu a diferenciação entre o trabalho qualificado e o não qualificado, distinguindo-se o trabalho manual e intelectual. Já na pós-modernidade, exige-se formação dos indivíduos para o trabalho, com novas habilidades sendo demandadas, como a necessidade de uma base de conhecimentos mais amplos, capacidade para resolução de problemas, tomada de decisões, dentre outros aspectos. O trabalho passou a ocorrer por processos, em que processo de trabalho é uma sequência de atividades que tem início, meio e fim. Os sujeitos tornaram-se multifuncionais, realizadores de todas as tarefas do processo de trabalho (ANTUNES, 1998).

Marx define o trabalho como

um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. (...). Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 2006, p.21)

Nesse contexto, Ferreira (2008) refere que é por meio do trabalho que ocorre uma dupla transformação. Por um lado o homem que trabalha é transformado pela ação do seu trabalho e ao mesmo tempo atua na natureza desenvolvendo suas potencialidades e a subordina ao seu poder. Por outro lado, os objetos e as forças da natureza são transformados em meios, em objetos de trabalho, em matérias-primas usadas no processo de trabalho. Para trabalhar o homem utiliza diferentes tipos de matérias e instrumentos de trabalho para exercer seu poder sobre as coisas, de acordo com a finalidade perseguida.

O trabalho em saúde é um processo relacional, que acontece a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações (MERHY, 1997). Para o autor, o cuidado produz-se através do *trabalho vivo em ato, ou seja, sua produção e consumo ocorrem no exato momento da sua produção e o seu produto resulta da própria realização da atividade*. Nesse espaço intercessor, o cuidado assume configurações diversas e inesperadas decorrente do protagonismo

dos atores envolvidos que fornecem matérias de expressão substantivas para sua produção (MERHY, 2005)

Rodrigues e Araújo (2001, p.2) reforçam que os resultados do trabalho são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato.

Em relação ao emprego, percebe-se que a sociedade atual o define como a significação social do sujeito. Nesse sentido, Woleck [s.d] considera que os empregos passaram a ser o único caminho amplamente disponível para a segurança, para o sucesso e para a satisfação das necessidades de sobrevivência.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio-PNAD (BRASIL, 2011b), em suas notas metodológicas caracteriza o trabalho como as condições de trabalho remunerado, trabalho não remunerado e trabalho na produção para o próprio consumo ou na construção para o próprio uso. Definiu ocupação como sendo o cargo, função, profissão ou ofício exercido pela pessoa, catalogada utilizando a Classificação Brasileira de Ocupação . CBO (que se nota, não inclui a profissão de ACS). Quanto à categoria do emprego, foram classificados aqueles com carteira de trabalho assinada, militares e funcionários públicos estatutários, e outro.

Ao discutir sobre profissional e profissão, emprega-se o conceito de Silva e Dalmaso (2002) o qual refere que o profissional é definido como alguém que recebe importantes recompensas de um grupo referência cuja filiação é limitada a pessoas as quais se submeteram a formação, ou seja, à educação formal especializada e que aceitaram um código apropriado definido pelo grupo. A profissão, por sua vez, é conceituada como o caráter técnico da tarefa do profissional, pois este se baseia no conjunto de conhecimentos sistemáticos adquiridos por meio da formação.

Segundo os autores supracitados, ao discutir o conceito de profissão a partir das teorias que enfatizam a dimensão técnica da formação, isto é, do conhecimento esotérico como essencial para caracterizar um profissional, discute questões como: o profissional de uma determinada categoria é sempre igual, o médico é sempre igual, o enfermeiro é sempre enfermeiro, e por consequência, o agente de saúde tenderá a ser sempre igual, qualquer que seja o contexto.

A partir da lógica exposta, passa-se a analisar a regulamentação legal do exercício da ocupação e profissão do ACS.

Girardi e Carvalho (2000) esclarecem que, a regulamentação ocupacional e profissional incide sobre os mercados de trabalho e de serviços, definindo campos

de trabalho, procedimentos e atividades de exercício restrito, e, portanto quando uma ocupação ou profissão alcança um nível de regulamentação, têm permitida sua entrada no mercado de trabalho delimitada pelo tipo e escopo. Segundo os autores, a regulamentação profissional pressupõe a criação por lei dos Conselhos profissionais e a partir disso decorre o reconhecimento da profissão.

O MS também participa indiretamente da regulamentação profissional no setor saúde. Segundo os mesmos autores, as profissões que demandam regulamentação do exercício apresentam exigência de que os candidatos tenham o nível de escolaridade correspondente ao 2º grau, além de um curso profissionalizante específico da área, reconhecido e autorizado pelo sistema educacional. Nessa conjuntura, um dado relevante foi o de que apenas aos ACS, foi permitido o exercício em nível de 1º grau de escolaridade, justificado pelo fato de que atuavam em comunidades carentes e distantes, desprovidas de pessoal com grau de escolaridade maior, e em virtude do menor nível de escolaridade, exigiu-se a supervisão das suas ações pelo enfermeiro.

Os ACS utilizaram alguns dos argumentos para a profissionalização de sua ocupação, como o da importância da categoria dentro do contexto da reforma setorial, em que a regulamentação da profissão possibilitaria aumentar a acessibilidade aos serviços de saúde nas comunidades mais carentes e distantes. O reconhecimento profissional inscrevia-se dentro da diretriz da política de saúde no sentido de mudar o modelo de assistência à saúde para garantir o aumento da cobertura e acesso à prevenção das doenças mais prevalentes (GIRARDI; CARVALHO, 2000).

Enfim, a Lei nº 10507/2002 (BRASIL, 2002) cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Nesse sentido, mediante as conceituações relacionadas à profissão, questiona-se, em particular, a do ACS.

A partir desse aspecto, faz-se uma reflexão que relaciona o conceito de profissão ligado ao caráter técnico do trabalho baseado em conhecimentos sistemáticos adquiridos por meio da formação. Questiona-se que a única exigência para atuar como ACS é a formação básica, que ocorre quando o agente já está inserido no serviço, não sendo requerido o mínimo conhecimento¹ anterior na área da saúde. Portanto, entende-se que este profissional inicia as atividades num

¹ Conhecimento é um corpo organizado de informações requerido para o desempenho de alguma atividade (MENESES; ZERBINI; ABBAD, 2010).

contexto de prevenção e promoção da saúde, sem ter base teórica na área da saúde e sem possuir um núcleo de conhecimento específico para sua categoria.

Então, o ACS é conhecido como ~~o~~mediador~~o~~, ~~o~~elo~~o~~, ~~o~~personagem-chave~~o~~, ~~o~~elemento central~~o~~ no cenário de AB à saúde, em que os gestores do SUS depositam nesses sujeitos a possibilidade da consolidação de um novo modelo assistencial, mas não disponibilizam uma formação específica direcionada ao seu processo de trabalho e a supervisão pelo enfermeiro, comumente, não se faz de forma efetiva e as orientações em saúde prestadas pelo agente são geralmente baseadas no senso comum.

Assim, se faz necessário avaliar a composição de um núcleo específico de conhecimento para o ACS. É imprescindível prover condições para a apropriação pelo agente de saúde, do instrumental teórico-prático adequado para realizar suas tarefas. E a educação no trabalho surge como alternativa, todavia, no contexto de um trabalhador que não tem núcleo de conhecimento, e, portanto se faz mister a discussão da formação desses sujeitos reunindo trabalhadores, gestores e instituições de ensino, no sentido de garantir condições para que se construa um saber operante para a realização de seu trabalho, e assim contribuindo para a vida, enquanto sujeito-trabalhador.

Nessa linha de pensamento, Queirós e Lima (2012), defendem a ideia de que a produção do cuidado proposta num contexto social tão complexo como o comunitário, suscita a necessidade de recrutar trabalhadores com domínio de saberes e práticas diferentes das produzidas pelas instituições de educação que formam para o setor saúde, e que as estratégias dos ACS devem partir da concepção e da práxis popular, que para Freire (1983a) sugere ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.

Dando continuidade ao motivo para os sujeitos tornarem-se ACS, em que **08 participantes informaram Í gostar de trabalhar com pessoasÍ**, infere-se que o fato do agente ser um integrante da comunidade favorece uma estreita relação com os usuários da saúde, permitindo que se identifique com as condições de vida da comunidade.

Ainda, o fato de gostar de trabalhar com pessoas e a associação com a área da saúde podem ser garantidos pelo conhecimento empírico da área onde atua, da dinâmica social, dos valores, e do conhecimento que circula entre os moradores

(BORNSTEIN; STOTZ, 2009); e desse modo essas características seriam facilitadoras para a inserção do indivíduo na profissão.

Nesse contexto, destaca-se a expressão:

%6 o agente comumente tem uma coisa que é característico, acho assim, de qualquer agente comunitário. Ele se identifica muito, porque a gente vai em situações, vai em casas e a gente vivencia, acaba vivenciando situações que a gente também já passou, isso faz com a gente tenha aquela sede de tentar fazer alguma coisa pela aquela família (ACS6-EACS).

Destaca-se que 03 participantes apontaram a **Í fuga da rotina do trabalho** como um dos motivos para tornar-se agente de saúde, em que descrevem que o processo de trabalho permite realizar atividades diversificadas.

Sobre isso, as agentes verbalizaram:

%0 bom é que todo dia não é a mesma coisa. Sempre tem aquelas novidades, sabe? diferente, um dia sempre diferente do outro, e eu gosto muito de fazer (ACS10-EACS).

%6u ir na família, se tu é bem recebida é bom, mas o problema é que às vezes a gente identifica algum fator de risco e não pode fazer nada, isso é que é mais frustrante, de resto assim, poder visitar, acompanhar aquela família, ver o bebê crescer saudável, é gratificante (ACS7-EACS).

Agora, em relação aos dados obtidos por meio do questionário, no que tange à **ocupação que tinham antes de atuar como ACS**, identificou-se que 09 (36%) trabalhavam com comércio e vendas, 05 (20%) como empregada doméstica, 04 (16%) realizavam atividades na saúde e 07 (28%) desempenhavam outras funções.

Concorda-se com Peres et al. (2010), quando dizem que o trabalho de ACS surge como uma possibilidade de melhoria das condições de trabalho por meio da mudança de emprego, busca por outra área de atuação e procura por crescimento profissional, mesmo desconhecendo as atividades que desenvolverá. Esses fatores devem ser pensados no sentido da qualidade do trabalho, pois por um lado pode haver identificação com as ações e por outro, insatisfação quando não se identificarem com a atividade.

Desse modo, percebe-se que os sujeitos estudados vivenciaram algum vínculo anterior com o mundo do trabalho, mas objetivamente procuraram a

estabilidade por meio de seleção pública para o cargo, confirmado pelas respostas do questionário quando a questão direciona para o motivo pelo qual procuraram a ocupação de ACS.

Entende-se que a ESF e as EACS institucionalizaram uma experiência social, e no momento que foi estabelecido um vínculo institucional, por meio do serviço público, o agente deixa de ser apenas %comunitário+ passando a ser reconhecido também como profissional da saúde. Como cidadãos devem continuar a mobilizar a comunidade, entretanto como trabalhadores devem entender de fato as atribuições profissionais as quais irão orientar a execução das suas atividades, de modo que transitem nessas duas dimensões em momentos distintos. A fala de uma ACS expressa essa ideia:

%A gente não pode trabalhar só para agradar a nossa comunidade. Não é assim, o agente de saúde precisa agradar...não é! ele precisa trabalhar conforme as normas, ele precisa ser resolver um monte de coisas+(ACS1-ESF).

É inquestionável que os ACS têm um papel fundamental no cenário da assistência, porém deve haver uma delimitação clara das suas atribuições com base na política pública de saúde. Lopes, Durão e Carvalho (2011) apontam que, embora com atribuições semelhantes, o ACS passa a ter uma nova inserção no campo da saúde, com base na qual a sua atuação desloca-se, no que diz respeito a maior dedicação e envolvimento, mas que transforma seu vínculo com a população e redireciona sua prática.

A inserção pública, a criação da profissão do ACS e a regulamentação do trabalho reconfiguram suas funções, papéis e atribuições. Contudo, essas conquistas não impedem que haja consciência do ser servidor público sem deixar de ser cidadão.

Talvez nessa questão esteja o maior desafio em relação à formação desses profissionais, ou seja, um trabalho realizado na comunidade, mais especificamente dentro dos domicílios, na área onde reside. Nesse sentido, Tomaz (2002) aponta a necessidade de trabalhar com competências, por entender que o agente deve ter uma noção de causa, consequência e prevenção. As competências que o autor aponta são: observação, ética, noção de causa e consequência, comunicação,

integração, liderança, responsabilidade e autonomia. Nesse viés, entende-se que não há como dissociar educação e trabalho para o alcance dessas competências.

Vale destacar que por meio das falas do GF também foi possível obter dados que se referem à caracterização dos ACS estudados, sendo possível inferir que estes idealizam um **perfil de atuação do ACS** com características singulares para esse grupo, não conduzindo a ideia de que estas características poderiam ou até mesmo deveriam ser comuns a todos os trabalhadores, independente da área de atuação.

Assim, 25 (100%) dos agentes referiram que para trabalhar como ACS deve-se ter um perfil específico de agente comunitário e deste total 15 (60%) participantes acreditam que gostar do que faz+compõe uma característica deste perfil, 04 (16%) disseram ser necessário ter iniciativa+, 01 (4%) informou a necessidade de ser ética+, 02 (8%) mencionaram a responsabilidade e 03 (12%) apontaram a organização, como características para a constituição do perfil deste trabalhador.

A questão do perfil deste trabalhador faz retomar a trajetória do tipo de seleção para o cargo, em que primeiramente a comunidade designava um morador da comunidade para ser agente de acordo com seu perfil comunitário, posteriormente a seleção passou a ser feita por etapas (prova e entrevista) ao nível municipal, em que considerava-se o perfil para a função e atualmente o processo público, que seleciona mediante aprovação por prova objetiva, desconsiderando o perfil do ACS.

As falas a seguir retratam essa questão

Em 2003, o nosso processo seletivo foi mais minucioso com a questão pra nós. Fizemos (entrevista com) psicólogo, enfermeiro, discussão em grupo, individual, a gente fez prova escrita, eu acho que deu assim, pra eles terem essa sensibilidade. Eles pegaram a questão do perfil daquela pessoa que trabalha ali, entende?+(ACS8-ESF).

Quando tu passa num concurso não tem como dizer se tem perfil ou não tem. Encaixou nos requisitos que eles pedem, a mesma coisa que as gurias falam das enfermeiras, tem especialização em saúde da família que podem assim, não tem como dizer: tu tem perfil, tu não tem, tu vai, está aprovado, é concurso. Quem fez mais, entrou+(ACS3-ESF).

Oito (32%) participantes expressam a relação do perfil, considerando o fato de gostar de trabalhar na área da saúde e a relação com o processo de seleção dos trabalhadores. As falas retratam essa ideia

%dá um tempo atrás as pessoas tinham perfil para trabalhar.No momento que é feito um concurso é aberto pra todos, são pessoas que tem qualificação, pessoas que não tem. E acabam passando no concurso e acabam trabalhando.E aí vem a dificuldade da gente trabalhar com pessoas que não querem fazer saúde pública+(ACS13-EACS).

%é tem gente que não, tipo não gosta de fazer aquilo ali. Está ali porque é concurso, é garantido, tem plano de saúde, porque vai ter segurança, mas não porque ama+(ACS5-ESF).

Nesse contexto, Areosa e Carapineiro (2008) referem que, as profissões tendem a manifestar publicamente a importância dos seus saberes e saberes-fazer, para que os seus conhecimentos sejam reconhecidos e legitimados como socialmente úteis, e que para poderem atingir este objetivo vão gerando um monopólio e uma uniformização dos seus desempenhos, papéis e práticas sociais, dentro da sua atividade profissional.

Em relação ao perfil profissional do agente comunitário, um estudo realizado por Marzari, Junges e Selli (2011) revelou que o perfil adequado envolve reflexão, sensibilidade, compromisso e reconhecimento de si mesmo como construtor de conhecimento, capaz de produzir um saber/fazer sobre as necessidades reais daquela comunidade.

Em relação ao gostar do que faz o estudo realizado por Vogt et al. (2012) apontou que os agentes pesquisados afirmaram gostar de trabalhar como ACS. Para que a realização profissional aconteça é essencial gostar do que faz+ e isso pode ser reforçado envolvendo esses trabalhadores efetivamente nas discussões e ações referentes ao processo de trabalho em saúde.

As características como a responsabilidade, a ética, a iniciativa e a organização mencionadas como características necessárias para compor o perfil de um ACS, vão de encontro ao perfil de competências profissionais do ACS, proposto pelo DEGES e SGTES do MS, em que a definição de competência pode ser explicitada pela iniciativa, responsabilidade, autonomia, inteligência prática, coordenar-se com outros atores. Estas foram elaboradas com vistas a subsidiar as instituições formadoras na elaboração de programas político-pedagógicos de

formação e desenvolvimento baseados em conhecimentos, atitudes e habilidades, segundo as competências esperadas deste trabalhador da equipe de saúde.

Em relação à **Íniciativa**, os agentes das EACS disseram fazer parte do seu cotidiano de trabalho, principalmente quando associada à necessidade de obter conhecimento, pelo fato de comumente não possuir um enfermeiro supervisor que os acompanhe.

Se tu não tem iniciativa ou não tem força de vontade, tu não consegue ir pra frente, tu fica ali, sabe? parada naquilo ali, tu tem que tá sempre buscando, se tu não tiver interesse em buscar, tu não vai conseguir que venha aquilo e te tragam o conteúdo, as novidades, a gente sabe que tem que tá sempre correndo atrás+ (ACS3-EACS).

Sobre a **necessidade de Íter ética**, os ACS consideram que com o decorrer da profissão vão compreendendo a importância da ética no seu trabalho, embora não tenham discutido no GF, o seu significado e de que forma são trabalhadas essas questões no cotidiano do trabalho. Cabe salientar que uma ACS referiu que em uma capacitação há 14 anos, foi discutida a importância da ética para o trabalho do ACS, uma vez que este trabalhador mora no mesmo local onde trabalha.

Eu saí com as turmas (de acadêmicos) bem no início, até na questão da ética, entraram na outra família comentando o caso, e eu pensei: poxa, às vezes tem que ter uma conversa antes, acho que escapa, ficam apavorados, a gente aprendeu a ter autocontrole, não comentar na outra família+(ACS5-EACS).

Ainda, a análise dos dados do grupo focal permitiu identificar as **ferramentas** que os agentes consideram serem necessárias para realizar o trabalho, quais sejam: **ter conhecimento, criar vínculo com a comunidade e trabalhar de acordo com o perfil da comunidade, usar a criatividade, ter bom relacionamento interpessoal e autonomia para desenvolver ações**. Será realizada nesse momento uma breve discussão sobre estas ferramentas de trabalho, sendo que o conhecimento, por relacionar-se diretamente com a temática proposta, será discutido no decorrer do estudo.

Em relação ao vínculo com a comunidade, sabe-se que os ACS são os únicos trabalhadores da equipe de saúde da AB do município no qual se exige que, quando da posse, devem residir na respectiva área de atuação de sua opção. Quattrin (2009) refere que o ACS está integrado em uma política pública de saúde e a ESF e

as EACS possuem saberes e fazeres baseados no princípio do acolhimento e do vínculo do profissional com o usuário, e para que ele aconteça, o ACS precisa ter uma interação humanizada com os usuários. As falas a seguir expressam a importância deste vínculo

%Tem que ver que nós somos comunidade, eu sempre vou ficar do lado da nossa comunidade, porque é ela que serve nosso trabalho+(ACS8-ESF).

%Nós não somos agentes de saúde, somos agentes comunitários de saúde. A gente trabalha com a nossa comunidade, e a gente sai muito por esta comunidade+(ACS1-ESF)

No que diz respeito a **trabalhar de acordo com o perfil da comunidade**, o fato do agente fazer parte da comunidade onde trabalha, faz com que haja predomínio de ações direcionadas para as necessidades e prioridades da sua comunidade.

%É preciso ter vínculo e aliança com a comunidade, mas precisa trabalhar de acordo com o perfil dessa comunidade, reconhecer o território com a qual tu vai trabalhar+(ACS1-ESF)

No que se refere ao **relacionamento interpessoal**, os agentes esclarecem que devem manter bom relacionamento, tanto em relação à equipe como com a comunidade. Para Dejours (1992), a satisfação e a insatisfação do trabalhador podem estar vinculadas a aspectos como condições de trabalho, condições de higiene, segurança e à organização do trabalho, às relações de poder, às questões de responsabilidade e também ao relacionamento interpessoal. Destaca-se ainda, que este quando inadequado pode levar ao sofrimento no trabalho e ao adoecimento.

%Se é uma técnica, um doutorando, uma médica (ouvem), nós eles não ouvem, então eu me sinto muito mal, a gente não tem respeito, a gente não tem atenção+(ACS2-ESF).

%É muito gratificante tu chegar numa casa, ter uma palavra de carinho, te dá um beijo, isso é muito gratificante no trabalho do agente de saúde, enquanto tu chega na equipe e não te dão nem bom dia na porta do posto+(ACS3-ESF).

“Só que tu vai no posto e é recebido desse jeito. É demais, é demais! a gente chorou, no maior dos desesperos, porque se dentro do posto não tem suporte...isso é o que mais dói+ (ACS10-EACS).

A **criatividade** foi referida como ferramenta que favorece o desenvolvimento de um bom trabalho. Dejours (1987), em seus estudos fala de situações em que é necessária a criatividade para resolver os desafios que o contexto de trabalho apresenta ao trabalhador. O trabalho não constitui um processo passivo e conformado diante das imposições das situações, e sim uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade (MENDES, 1995).

“Eu vou em busca da cartilha do adolescente, pra mim poder trabalhar na 6º série, sobre saúde e sexualidade+ (ACS1-EACS).

“No nosso grupo de Hiper-Dia, a gente faz ginástica antes da enfermeira chegar+ (ACS2-EACS).

“Nós não temos enfermeiro e nós conseguimos organizar e temos um baita grupo de caminhada. Nós estávamos na escola estadual, tiraram nós, só podia usar o salão na quarta, aonde vamos com o grupo? Fomos atrás, a igreja cedeu o local e a gente continuou+ (ACS4-EACS).

“Eu tento mudar, toda visita eu falo um pouquinho sobre um assunto. Pra não ficar cansativo. Eu faço xerox+ (ACS6-EACS).

No que tange à autonomia no trabalho do agente comunitário, esta se encontra associada com a tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. Peduzzi (2001) indica como o grau de autoridade social e legal que um determinado profissional possui para avaliar e tomar decisões no desempenho de suas funções cotidianas, independentemente de questões técnicas estabelecidas.

Destaca-se que 08 (32%) dos participantes consideram que os agentes que possuem o curso técnico em ACS em nível nacional, possuem autonomia diferenciada.

“O pessoal lá de cima (região nordeste do Brasil), eles tem autonomia bem maior que nós aqui, porque eles são capacitados até pra fazer parto. Eles têm o técnico de ACS. Eles podem verificar pressão sim, eles podem fazer tudo, mas

é a autonomia deles que é a diferença da autonomia nossa aqui+(ACS8-ESF).

Também, do GF emergiram discussões em relação ao sentido do trabalho para os ACS. O trabalho para os agentes é entendido como um meio de sobrevivência, como subsídio para o crescimento profissional, como possibilidade de sentirem-se úteis, como meio de proporcionar aprendizagem, desenvolver habilidade da escuta, e permitir a troca de experiências. Nesse sentido, pressupõe-se que o agente considera o trabalho não somente como uma forma de produzir o cuidado, mas também de transforma-se a si mesmo.

3.2 Cenário da atenção básica

As falas extraídas do GF permitiram a elaboração desta categoria que auxilia na ampliação e discussão dos dados referentes ao trabalho do ACS.

O cenário da rede de AB do município estudado dispõe de 12 UBSs e 14 USF e possui 16 equipes de ESF, em que 02 USF possuem equipes duplas e 05 EACS. Os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede: ligados a uma UBS ainda não organizada na lógica da Saúde da Família e vinculados a uma Unidade Básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional.

O processo de trabalho em saúde constrói práticas cuidadoras, e ainda que se perceba, na prática, o domínio do modelo médico-hegemônico, identifica-se uma diversidade de modos de ação para responder de maneira eficaz às necessidades de saúde individual e coletiva, por meio de ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde.

Dentro desse contexto, aparece o processo de trabalho da Saúde da Família como uma tentativa de instituir mudanças na atenção à saúde, pois reconhece como fundamental o estabelecimento do vínculo e da humanização, do desenvolvimento de ações intersetoriais, do cuidado familiar ampliado e do controle social, como necessários para um novo fazer em saúde.

Nesse sentido, Franco (2003) chama a atenção para o fato de que a implantação da ESF em uma rede de AB não significa necessariamente alteração do

modo de produção, pois isto pode ocorrer ainda dentro do processo produtivo centrado na produção de procedimentos.

Desse modo, infere-se que para o trabalho operar processos de mudança no cuidado às pessoas, deve-se considerar a priori o sujeito e a sua subjetividade, antes da lógica de trabalho no qual está inserido.

Franco (2008), em seus estudos sobre a produção do cuidado na rede de AB, esclarece que os saberes e práticas hegemônicas ainda dominam o processo de trabalho da equipe, e poucos são os profissionais que desorganizam essa lógica para criar linhas de fuga e produzir um cuidado mais relacional e acolhedor.

Nesse constructo, o processo de trabalho dos profissionais das equipes de AB e de SF, está regulamentado por meio da Portaria 648/2006 (BRASIL, 2006b), devendo ser orientado seguindo uma série de atributos e recursos tecnológicos, para que as ações em saúde sejam consideradas humanizadas e ao mesmo tempo resolutivas. Para tanto, acredita-se ser relevante discutir as atribuições das categorias profissionais que fazem parte do cenário da AB e que constam nesta Portaria.

O processo de territorialização e mapeamento da área, identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho; realizar o cuidado em saúde à população adscrita e ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; proporcionar atendimento humanizado; participar das atividades de educação permanente, dentre outros, são atribuições comuns a todos os profissionais (BRASIL, 2006b).

Ao enfermeiro cabe realizar assistência integral aos indivíduos e famílias na USF, no domicílio, escolas, associações etc., em todas as fases do desenvolvimento humano, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do auxiliar de enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Higiene Dental (THD); participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b).

As atribuições do médico são: realizar assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano, realizar consultas clínicas e

procedimentos na USF, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b).

O Auxiliar e o Técnico de Enfermagem devem participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b).

Ao ACS, cabe desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade de saúde, trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de Visita Domiciliar (VD) e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de VD, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; cumprir com as atribuições atualmente definidas em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue. A portaria chama a atenção para o fato de que é permitido ao ACS desenvolver atividades nas UBS, desde que vinculadas às suas atribuições (BRASIL, 2006b).

Vale destacar que os ACS do município realizam atividades burocráticas, concomitante às ações descritas anteriormente, por meio de preenchimento de fichas de acompanhamento das prioridades e avaliação de metas do serviço -

fundamentalmente biomédicas. As fichas do grupo *B* são preenchidas para gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase. A ficha *C* é utilizada para o acompanhamento domiciliar das crianças e a ficha *D* é utilizada para o registro numérico de atividades, procedimentos e notificações de todos os profissionais. O relatório SSA2 é composto e "montado" a partir da consolidação de todos estes relatórios e deve ser apresentado ao enfermeiro supervisor ao final de cada mês (SILVA; LAPREGA, 2005).

A fala a seguir revela que estas atividades burocráticas podem representar uma forma de apoio às informações no trabalho do ACS.

Eu, como sempre digo para os colegas, eu não sou o único da minha unidade que carrega aquelas fichas B, do hipertenso, do diabético. Essas fichas são muito importantes+(ACS15-ESF).

Os ACS estudados enfatizaram durante as discussões que os instrumentos de trabalho mais utilizados são a Visita Domiciliar (VD) e a educação em saúde, realizada no domicílio e na comunidade. Referem que por meio da VD é possível identificar as necessidades de saúde na família. E através da educação em saúde é possível orientar as famílias sobre os cuidados em relação à saúde no momento da visita e ainda, promover grupos educativos na comunidade.

Os ACS referem que são orientados nas capacitações das quais participam, a organizar seu processo de trabalho por meio da VD segundo os grupos prioritários ou prioridades+ (gestantes, hipertensos, diabéticos e outros), seguindo um modo tradicional de organização do processo de trabalho centrado nas ações programáticas. Mesmo com essa orientação, os ACS reconhecem que o critério de VD realizada no seu cotidiano de trabalho deve seguir a priori, o da necessidade e não o recorte programático. As expressões exemplificam essa informação

Tem que fazer, tem que acompanhar, vamos supor: a gente tem que acompanhar as prioridades, mas não são só as prioridades que tem que acompanhar, tem que ver toda região que tu mora+(ACS3-ESF).

As (gestão municipal) vem com essa, a gente tem prioridades, hipertenso, diabético, gestantes, crianças menores de 2 anos, e aí, e o resto?de repente naquela casa tu não vai, que não é uma prioridade, de vez em quando tu vai, tem uma coisa, uma situação de risco+(ACS4-ESF).

%Dizem que a gente tem que fazer as prioridades, aonde tu vai achar a gestante? é no hipertenso, no idoso de 80 anos? não é! É na adolescente. Às vezes a família é um caszinho novo. Aonde é que tu vai achar uma DST? uma gestação indesejada? é ali. Não vai ser no hipertenso de 60,80 anos+ (ACS6-ESF).

Assim, identificou-se que os ACS consideram relevante reconhecer a singularidade de cada família e diante disso, desenvolver estratégias diferenciadas de cuidado, como confirma o relato em relação à prescrição de medicamentos para pessoas com deficiência visual:

%Eles não tomam (a medicação), eles esperam a visita, para gente arrumar direitinho e têm muitos que não sabem ler, o médico fala para eles: o senhor tem que tomar isso, isso e isso. Aí a gente vai lá e faz sol nascendo, sol entrando, sabe? nos pacotinhos, tudo para eles entenderem+(ACS5-ESF).

Em relação ao segundo instrumento de trabalho mais utilizado pelo ACS, a educação em saúde, as falas expressam que assumem o papel de educador como agente de mudança para a comunidade onde atuam, sendo que estas mudanças precisam ter como ponto de partida o conhecimento adquirido e o desenvolvimento da capacidade de transmiti-lo às pessoas da comunidade.

%Na verdade, a gente é agente de saúde, a gente é educadora, a gente não é médico! A parte de orientar, que é do agente de saúde, que é de orientar e educar a comunidade, é muito bem orientada+(ACS2-EACS).

Percebe-se que se sentem gratificados quando as atividades de educação em saúde no aspecto coletivo são reconhecidas pela população.

%A escola Marista já fez por duas ocasiões o convite para o nosso grupo fazer palestra dentro da escola, então isso pra nós é bem gratificante, o reconhecimento do nosso trabalho... então quero dizer que o pessoal está valorizando o trabalho do agente dentro da comunidade+(ACS4-EACS).

Nas discussões, surgiu a questão da autonomia para realizar atividades de educação em saúde na comunidade. Os ACS tiveram dúvidas em relação à *%permissão+do enfermeiro supervisor para realizarem grupos na comunidade sem a*

presença deste, o que sugere que existem questionamentos quanto às suas atribuições. Essa questão pode ser constatada nas expressões:

%Tu pesquisou se pode fazer isso? Porque a gente foi buscar se podia, e disseram que não, nenhum tipo de palestra a gente pode dar, estou falando que a nossa realidade é essa, nós fomos convidadas e a gente foi perguntar e disseram que não+(ACS3-EACS).

%Promoção individual tu pode fazer. Individual ou em grupo+(ACS5- EACS).

Quanto ao trabalho, destacaram-se as atividades realizadas referentes à identificação de problemas e encaminhamentos, sendo que estas não têm o retorno esperado da gestão, causando ansiedade e inquietação aos profissionais. As falas a seguir expressam essa ideia

%O agente comunitário é o olho da comunidade, ele é que vai na casa, ele é que vai lá e identifica, ele que tem que passar pra alguém, pra esse alguém dar retorno. A gente vai na unidade, passa e não tem retorno+(ACS13-ESF).

%Daí tu tem que encaminhar, e quando não dá certo, nós somos a cara do SUS gente! Eles vão reclamar pra quem?é para o agente comunitário, nós moramos no trabalho+(ACS5-EACS).

%A gente vai, identifica o problema, a gente sabe o que tem que fazer, mas quando depende da equipe técnica, pára tudo. Não flui, não continua e o nosso trabalho não depende só da boa vontade, depende da união da equipe também+(ACS2-ESF).

As reuniões de equipe foram caracterizadas pelos agentes como pontuais, em que geralmente são marcadas para transmitir informações técnicas, situações particulares dos usuários, funcionamento do serviço e agendamento de visitas. Ainda, o espaço da reunião não se configura como um espaço de escuta e diálogo.

Em relação às atividades administrativas foram citadas a marcação de consultas e exames, entrega de medicamentos, organização da demanda e atendimento em recepção, entendidos como desvio de função que extrapolam suas atribuições e prejudicam a identidade profissional. As falas a seguir demonstram essa questão.

%Não sabia por que estava lá dentro, não sabia mais o que fazia, quando vi estavam dando pra nós todo o cronograma de como funcionava os encaminhamentos. Eu já me senti uma recepcionista, eu já não era mais agente de saúde+ (ACS1-ESF).

%Eu realmente não sei o que a gente está trabalhando. O que eu estou fazendo aqui? Não sabia por que estava lá dentro, já não sabia mais o que fazia (em relação à recepção)+ (ACS2-ESF).

%Qual é realmente a minha função? Estou ficando perdida+ (ACS5-ESF).

É interessante chamar atenção que o trabalho enquanto atividade desencadeia significações psíquicas para os sujeitos. Nesse sentido, Ferreira e Barros (2003), dizem que essas significações apoiam-se nas relações sociais de trabalho, e que têm um papel fundamental no processo psicológico de construção de identidade e na garantia de equilíbrio psíquico dos trabalhadores. Deste modo, as vivências psíquicas dos trabalhadores são construídas no cotidiano de trabalho, sobretudo, por meio da gestão do trabalho prescrito², da interpretação dos efeitos do trabalho real, da construção de novos saberes.

Ainda, concorda-se com Ferreira (2009), quando refere que o trabalho do ACS pode ser compreendido por duas lógicas: a do modelo hegemônico estruturado sobre os núcleos especializados de saber profissional e a que assume formas criativas de cuidar no contexto do modelo tradicional de produzir saúde, conseguindo transitar deste para outro modelo, trabalhando às vezes de um jeito e outras vezes de outro, não em contradição, mas em singulares modos de agir, em identidades com um ou outro modelo.

Vale relatar, que os ACS estudados referem situações do trabalho as quais foram identificadas como *%a parte boa+e a %parte ruim+.* Consideraram como a *%parte boa+:* o reconhecimento do trabalho e o acolhimento pela equipe e comunidade, a confiança em relação ao trabalho, o comprometimento da equipe, quando a equipe tem vínculo com a comunidade, a tomada de decisão em determinadas situações, a integração com as Instituições de ensino superior.

² Para a ergonomia, o trabalho real é aquele efetivamente realizado e o trabalho prescrito é apresentado como o conjunto das condições determinadas, da tarefa predefinida, das normas e objetivos traçados.

Como a parte ruim, foram descritos pelos agentes: a cobrança em relação ao número de visitas, a culpabilização pela comunidade quando não há resolutividade das necessidades de saúde, dificuldades em relação ao horário de serviço, dificuldades relacionadas por trabalhar onde mora, assistencialismo em relação às famílias, a falta de material para trabalhar, ausência de enfermeiro supervisor para alguns ACS, quando suas orientações não são seguidas pelos usuários, por não receber vale transporte para as capacitações, desvalorização salarial e a impotência do ACS diante do serviço de saúde e por fim, as relações de poder-saber.

Ainda dentro do contexto referente à descrição do cenário da rede de AB do município, serão discutidas nesse momento, as **concepções dos ACS em relação às equipes que compõem esse cenário, o papel da gestão no cenário da AB, organização dos serviços de saúde e papel da comunidade.**

Em relação à equipe, os agentes referem que os profissionais não conhecem a lógica de trabalho direcionada às necessidades das famílias, e, portanto os consideram despreparados para desenvolver determinado modo de produção do cuidado, que pode estar associado à falta de conhecimento de suas atribuições, à formação profissional ou ausência do perfil para esse tipo de modalidade de atendimento.

Ainda, identificou-se que vinte (80%) dos participantes referem que a equipe não os reconhece como funcionários da Unidade de Saúde, e que o trabalho é baseado em hierarquia profissional, o que causa dificuldade em relação à integração da equipe. A rotatividade de profissionais (médicos e enfermeiros) foi apontada como um problema enfrentado pelos ACS em relação ao planejamento de ações. Estudos apontam a alta rotatividade destes profissionais como uma problemática enfrentada na SF (PINTO; MENEZES; VILA, 2010; ONOCKO-CAMPOS et al., 2011; SANTOS; LACAZ, 2012). A expressão ilustra essa questão:

A gente tinha resolutividade, hoje a gente não tem, porque eu já perdi as contas nesses dois últimos anos, de quantos técnicos e quantas enfermeiras passaram pela minha unidade. E agora, está meio assim, sabe? ainda não está fixo, mesmo com o concurso+(ACS10-ESF).

Infere-se que das concepções descritas em relação à equipe, decorrem os conflitos, que foram relatados pelos agentes, como dificuldades em relação ao

diálogo, problemas relacionados ao acolhimento e desvalorização profissional, que podem ser evidenciados nos depoimentos.

%tem enfermeiros que não dão essa autonomia pra gente. O que eu entendi que às vezes alguns querem ofuscar o agente, eles querem brilhar sozinhos+(ACS9-ESF).

%A gente não tem respeito, a gente não tem atenção, quando a gente vai expor um caso da nossa área, o que está acontecendo. Seja uma técnica, um doutorando, uma médica, mas nós eles não ouvem+(ACS2-ESF).

%Somos vistos como trazendo problemas, passeando na unidade, não somos bem acolhidos na unidade. Vigiaados, não podemos mexer em nada+(ACS10-EACS).

%E por causa dessa falta de acolhimento, a gente acaba não tendo acolhimento depois na casa deles (na comunidade)+ (ACS7-EACS).

%O que tu está fazendo ali se não é pra ser valorizado como profissional? Então, em reuniões de equipe, é equipe lá e as agentes aqui, e tiroteio, tiroteioq Enquanto não tiver união no nosso trabalho do agente... a gente sabe o que passa quando não é valorizado como profissional+ (ACS2-ESF).

Trabalhar em equipe não é sinônimo de realizar um trabalho harmonioso e sem conflitos. Contudo, Fortuna et al. (2005) indicam estratégias para redução de conflito, como os trabalhadores fortalecerem a capacidade de lidar com as diferenças, respeitarem a singularidade de cada pessoa, e que utilizem mecanismos de cooperação, comunicação, habilidade para trabalhar em grupo, humildade diante dos limites do conhecimento, complementaridade e escuta

No caso das equipes de ESF e das EACS percebe-se que enquanto o modelo assistencial ainda estiver centrado na fragmentação do cuidado e dos indivíduos, menor a chance dos trabalhadores complementarem-se e estabelecerem processos de trabalhos na direção do trabalho em equipe (FORTUNA et al., 2005).

%O nosso coordenador tentou uma reunião com toda equipe, com médicos, para apresentar o trabalho do agente de saúde, que ótimo se eles fossem, se comparecessem nas reuniões. Ele tenta, ele tenta de todas as maneiras,mas o pessoal não quer se integrar+ (ACS3-EACS).

Para Ceccim (2004, p. 164), o setor da saúde trabalha com:

a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado.

Em relação ao trabalho interdisciplinar, Moscovici (1985) sustenta que este envolve duas competências: a profissional e a interpessoal, esta última entendida como a habilidade de relacionar-se com outras pessoas, e que se faz necessário aprender a lidar com as diferenças, as quais envolvem distintos saberes e personalidades. Ainda, que uma mesma experiência mobiliza cada membro da equipe de uma forma particular e que se existe uma hierarquia de poder, o conflito é mais intenso.

Muitas vezes o trabalho em equipe deixa de ser um modo de conexão de saberes, poderes e afetos e torna-se um fardo vivenciado pelos trabalhadores. (CAMPOS, 2006) As equipes multiprofissionais ainda não superaram a fragmentação manifestada nas ações cotidianas dos serviços, mantendo presente a dissociação dos procedimentos e tarefas de cada profissão, bem como na relação entre os trabalhadores de diferentes formações (GOMES et al., 2005).

Peduzzi (2007) ao discutir o trabalho em equipe, diz que este é dinâmico, podendo configurar equipes integradas ou um mero agrupamento de profissionais; e que para ocorrer mudanças nas práticas de saúde deve haver um redirecionamento da fragmentação, hierarquização, trabalho individualizado à integração e integralidade das ações para atender às necessidades da população, à qual se direciona o processo de trabalho em saúde.

Os agentes indicam como problema tanto a inadequada formação e treinamento dos profissionais de nível superior para atuar na AB, como a seleção de trabalhadores para esta área, que desconsidera o perfil profissional para exercer a função, contribuindo para a formação de equipes descomprometidas e desqualificadas para o trabalho.

Eu acho que o que falta não é vontade, e sim, profissionais com qualificação, precisa é treinamento para todos, não simplesmente uma semana de treinamento+(ACS11-ESF).

A gente está recebendo assim, profissionais despreparados. Como que um médico e uma enfermeira não vão atender uma

comunidade inteira? Consegue sim, se essa unidade, se essa equipe sentar, discutir e planejar o atendimento+(ACS10-ESF).

Diante do exposto utiliza-se a ideia de Ferreira et al. (2009) que dizem que o processo de trabalho do ACS não é suficiente para produzir um processo de reestruturação produtiva na Saúde da Família (SF). Mesmo que estes operem um processo de trabalho com base nas tecnologias relacionais e usem da liberdade do seu trabalho vivo em ato para criar formas de cuidado eficazes, esses processos não têm potência suficiente para produzir na SF um processo de mudanças. E a equipe por sua vez, mantém-se territorializada no modelo anterior, deslegitima e questiona a ação do ACS naquilo que ele inova, gerando conflito entre os profissionais, pois não reconhece nele a competência para a construção de um tipo de cuidado diferente daquele centrado na lógica programática e força-o à repetição do atual modelo.

Passa-se a tecer algumas considerações a respeito do **papel da gestão no cenário da AB do município**, na concepção dos agentes estudados.

Percebe-se nas discussões durante o GF, que os agentes relacionam a gestão local do SUS ao trabalho em saúde, ao processo de trabalho e a subjetividade dos sujeitos. Identificou-se nas falas que a gestão não está preparada para acompanhar as equipes de ESF e EACS, por apresentarem pouco conhecimento em relação à lógica de trabalho das equipes. Ainda, que os gestores não conhecem a função do ACS, e que seria um dever da gestão socializar o trabalho dos ACS para os profissionais da rede e à comunidade, bem como manter os agentes capacitados para exercer a função.

Os agentes relatam a cobrança por resultados, entendida como as metas a serem alcançadas no contexto da SF, favorece a quantidade em detrimento da qualidade do atendimento, o que acaba gerando conflitos entre os ACS e a gestão, decorrentes da divergência de opiniões entre eles. Referem falta de reconhecimento no trabalho por parte da gestão e dificuldades em relação à valorização, aceitação e respeito em relação ao ACS. Nesse contexto, destacam-se as verbalizações:

Enquanto não tiver pessoas capacitadas enquanto gestão, pessoas que entendam de estratégia,[...] assim, enquanto a gestão não tiver comprometida em estratégia e saúde, não vai ter estratégia em Santa Maria. Não adianta colocar médico, técnico, enfermeiro, mais agente de saúde, se tu não tem

gestão comprometida e que entenda e saiba da realidade de cada região de Santa Maria+(ACS2-ESF).

%Eles não confiam, não conhecem o nosso trabalho. Porque não é só dentro da unidade, até gestores não sabem o que a gente faz+(ACS2-EACS).

%Desde lá de cima (gestão municipal), a gente não tem reconhecimento e nem respeito+(ACS10-ESF).

%A impressão que dá é que eles não têm noção do nosso trabalho+(ACS3-EACS).

Em relação às **concepções que os agentes têm em relação à organização dos serviços de saúde** que compõem o cenário da AB, mantêm-se as discussões sobre a valorização da quantidade de atendimentos prestados pelos profissionais. Mencionam que as unidades de saúde estão organizadas para um atendimento similar às Unidades de Pronto Atendimento (queixa-conduta), o que descaracteriza a lógica de trabalho em SF, resultando em baixo potencial de resolução em relação às necessidades reais de saúde da população.

Dalmaso (2000) alude que, o Pronto-Atendimento é um serviço de atendimento imediato à demanda espontânea com a finalidade de prestar assistência à problemas graves e urgentes, e que esse tipo de atendimento se distancia da proposta de AB, porquanto não abrange a promoção da saúde ao concentrar-se na prestação de assistência médica restrita ao diagnóstico e terapêutica. Ainda, que os usuários e os próprios trabalhadores estejam acostumados com o cuidado restrito à atenção médica, e, portanto, o Pronto Atendimento está presente nas UBS, estabelecendo uma situação comum na AB.

Finalizando as discussões sobre o cenário da rede de AB, foi destacado o **papel da comunidade**. Os agentes apresentaram pontos positivos e negativos de trabalhar com usuários e suas famílias. Como positivos, as questões ligadas ao vínculo, respeito, valorização, aceitação e confiança foram as mais observadas pelos agentes.

O fato de morar onde trabalha não permitindo um horário exato para o cumprimento das atividades, a cobrança por resolutividade e a culpabilização em relação a não resolutividade, o assistencialismo e o predomínio do modelo biomédico foram os pontos negativos relacionados à comunidade, citados pelos agentes.

A dificuldade dos ACS em encontrar respostas positivas aos encaminhamentos realizados para os serviços de atenção à saúde de maior complexidade, dificulta seu papel de mediador e resulta potencialmente na perda de legitimidade do ACS frente à comunidade e o desestímulo do agente para o desempenho de suas ações (SOLLA; MEDINA; DANTAS, 1996, p.14). Em relação a isso as falas a seguir ilustram essa questão

A gente fica tão comunidade que a pessoa acha que a gente é obrigada a fazer favor, e a gente vai deixando se envolver, se tu é sensível, deixa se envolver mais ainda...eu estou aprendendo com essa enfermeira que tem hoje, saber separar um pouco. Calma, freia, é ser mais profissional+(ACS1-ESF).

Eu acho que a comunidade tem que entender o que é ESF, porque pra comunidade, ela só quer atendimento. Tu convida para um grupo de diabéticos, não vão! convida pra um grupo de gestante, não vão!ou dois vão+(ACS4-ESF).

Diante das considerações, cabe destacar que o trabalho caracteriza-se por ser uma das mais expressivas manifestações do ser humano, pois além da própria dinâmica de trabalho, envolve uma série de sentimentos. Nesse sentido refere Dejours: *Trabalhar não é somente produzir; é também transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para realizar-se+(DEJOURS, 2004, p. 30).*

Nesse contexto, pode-se inferir que o trabalho ocupa um papel organizador na vida das pessoas, contudo percebe-se a falta de espaços de diálogo que permita aos sujeitos compartilhar experiências, bem como atuar em um ambiente de confiança e respeito às diferenças, para um adequado trabalho em equipe.

Para tanto, faz-se necessário a instituição de espaços de trocas de experiências e debates entre os trabalhadores acerca das relações entre saúde e trabalho, onde o trabalhador possa falar de sentimentos, lidar com os conflitos e aprender com as diferenças. Os processos de trabalho são processos de produção de sujeitos, uma vez que o homem e mundo não são realidades já dadas, constituídas a priori. (FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Diante deste cenário da rede de AB apresentada pelos agentes, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), como possibilidade de contribuir para os processos de trabalho e da organização dos serviços de saúde. Trata-se de uma

Política Pública que estimula a participação e valoriza os saberes dos trabalhadores visando (re) criar os espaços e processos de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos, constituindo um espaço de produção de conhecimento, de negociação e gestão (FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Nesse contexto, aparece também, a proposta de cogestão apresentada por Campos, como um recurso que aponta para o reconhecimento da possibilidade de instituir compromissos coletivos e para a necessidade de democratizar o poder em todas as dimensões da vida institucional e social: "a base da cogestão, ninguém governa sozinho" (CAMPOS, 2000, p. 44). Desse modo, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. Gerir junto com os outros+(BRASIL, 2008a, p. 7).

Estes aspectos tornam a indicação de cogestão um projeto político radicalmente oposto à razão tecnocrática, e que se ajusta na prática da "liberdade de colocar em pauta os desejos e interesses dos trabalhadores" (CAMPOS, 2000, p. 128).

Essa nova proposta de pensar o processo de trabalho, de pôr em análise o próprio trabalho, incluindo espaços coletivos compostos por trabalhadores, gestores e usuários que compõem o cenário de AB do município, pode ser capaz de viabilizar propostas para favorecer a qualidade de atenção aos usuários, a reorganização dos processos de trabalho junto a uma gestão partilhada e o protagonismo dos trabalhadores em suas equipes no tecer de um trabalho que efetivamente, consolide os princípios do SUS.

Serão apresentados os resultados referentes ao significado das falas durante o GF no que tange à educação no trabalho dos ACS. A partir da consolidação dos dados, o depoimento dos sujeitos da pesquisa permitiu identificar duas categorias, quais sejam: **Aspectos organizacionais das capacitações e Aspectos teórico-metodológicos das capacitações.**

3.3 Aspectos organizacionais das capacitações³

³ Para os sujeitos do estudo o uso do termo **capacitação** é utilizado como educação no trabalho.

Inicialmente destaca-se que os ACS estudados apreendem que as ações educativas desenvolvidas e direcionadas para o seu cotidiano laboral, acontecem na forma de capacitações, por meio de um processo de educação continuada.

Para os agentes as capacitações são desenvolvidas a partir de um **cronograma fechado**, elaborado e esquematizado para o decorrer de cada ano, em que pode ser elaborado tanto pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde como pelo enfermeiro supervisor.

“Eles fazem uma pauta, um planejamento fechado para todo o ano, que é a maneira que eles planejam” (ACS12-ESF).

“O NEPeS é um grupo que planeja as capacitações, [...] que vê, eles devem ter um tipo de relatório para ver o que precisa ser mais tocado no momento” (ACS5-EACS).

“Eu tive a certeza de que eu não estava errada, eles estão seguindo o protocolo, sim, eles estão dando a coisa só pra dar, porque fizeram um cronograma, [...] na minha cabeça, assim pensando...” (ACS1-ESF).

“A enfermeira até passou um cronograma, assim, dizendo, tal dia vou capacitar os técnicos, tal dia vou capacitar os agentes, mas até agora não aconteceu nada” (ACS10-ESF).

Frequentemente, os modelos fechados, que visam o domínio individual do conteúdo, não oferecem espaços apropriados para a aprendizagem a partir de problemas reais baseados nas realidades locais. Desse modo, não estimulam a manipulação de informações das mais diversas naturezas, impossibilitando uma aprendizagem significativa (STRUCHINER; ROSCHKE; RICCIARDI; 2002).

Para Freire (2000), o apropriado processo de educação, só ocorre por meio de uma análise das necessidades reais da população envolvida. O autor aponta o motivo da falha de processos educativos fundamentados em conteúdos programáticos impostos, em que os assuntos são elaborados *para* o educando e não *com* ele, sem levar em conta o homem em situação; isto acrescenta o risco de que se abordem temáticas que não fazem parte da experiência do educando nem sejam do seu interesse.

Labbate (1997, p.282) refere que:

[...] à medida que os grupos de profissionais se tornarem menos grupos-objetos e mais grupos-sujeitos, estará em curso a construção de processos educativos significativos para um, para o grupo mais próximo e para a

instituição. E, ao mesmo tempo, os participantes estarão se instrumentalizando para multiplicarem este tipo de atuação junto à clientela e a outros profissionais. Ai, sim, pode-se falar em capacitação.

Assim, infere-se que a partir de cronogramas, as capacitações são planejadas de modo engessado e tendem a não estar pautadas nas necessidades reais dos trabalhadores e o cotidiano do trabalho em saúde não se apresentar como objeto de reflexão, o que pode contribuir para o despreparo profissional dos agentes comunitários, limitando seu potencial de atuação.

A fim de esclarecimento, cabe destacar que não há uma ideia que nega a importância de capacitações pontuais, entretanto, acredita-se que de forma isolada, não desencadeia resultados práticos no cuidado às famílias, por isso, necessita ocorrer na dimensão em que se compreende a realidade e as necessidades dos trabalhadores das equipes e da gestão do trabalho.

Em relação à **periodicidade** com que acontecem as capacitações, foram identificados nos depoimentos, relacionando-as a períodos de tempo (ano), fato explicado pelos agentes ao apresentarem tempo de atuação diferenciada, e por isso relatam a experiência das capacitações de acordo com a vivência individual.

“Tive capacitações continuadas que foram realmente continuadas” (ACS3-ESF).

“Em 2011 nós tivemos um ano de capacitação, quase todas as quartas-feiras de educação no trabalho, continuada” (ACS9-ESF).

“Quando eu entrei em 2003, eu tive uma semana de capacitação” (ACS2-EACS).

“Nós, em 2004, tivemos 15 dias de capacitação na APUSM” (ACS14-EACS).

Assim sendo, a periodicidade das capacitações foi variável no decorrer dos anos, mantendo-se dessa forma até a atualidade, não configurando um processo de aprendizagem permanente. Destaca-se nas discussões, que os agentes reconhecem a importância de serem efetuadas capacitações periódicas como estratégia para fortalecer o conhecimento já existente de modo a contribuir para a prática do cuidado em saúde.

“Eu entrei em 1996, eu levei quatro meses para sair a campo, eles entregaram pra nós todos aqueles livrinhos da saúde da

mulher, da criança, das vacinas, como fazer uma vacina domiciliar. Foi muito bem capacitado pra mim sair pra comunidade, e a gente era treinada... depois quando eu entrei de novo, não foi tanto assim+ (ACS1-EACS).

Neste viés, um aspecto que também abordaram diz respeito à **carga horária das capacitações**. Os ACS referem que do mesmo modo que a periodicidade, estas são determinadas pelo NEPeS. Entretanto, a duração de cada capacitação deveria considerar o conhecimento anterior dos agentes, as experiências práticas e o aprendizado adquirido por estes trabalhadores, para que posteriormente fosse definida a duração das capacitações.

%A SMS pensou que quem era agente de saúde já sabia trabalhar e que as 40 horas (de capacitação) seria suficiente+ (ACS14-ESF).

%Eu saí do comércio. Nunca tinha ouvido falar (em ACS). A gente fez o concurso e eu particularmente pensei que eu ia fazer o campo depois de várias aulas de como agir. Não, minha experiência no comércio é que me ajudou a enfrentar+(ACS11-ESF).

Convém destacar que os agentes referem que o treinamento introdutório de formação inicial e continuada na área de atuação exigida para assumir o cargo, no qual o conteúdo programático do curso é definido pelo MS, não os prepara de modo satisfatório, porque consideram a carga horária insuficiente, uma vez que a maior parte dos agentes não possui conhecimento prévio na área da saúde.

Também informam que os agentes %novos+ que vão sendo nomeados e inseridos na função não são capacitados para o exercício da função de maneira adequada. Explicam, que se um ACS é convocado para assumir o cargo isoladamente, este deve aguardar para fazer o curso de formação inicial e continuada até que outros ACS sejam convocados, a fim de compor um grupo considerável de agentes para serem capacitados em um mesmo período.

%A minha outra colega que entrou depois, ela foi atirada nua e crua na comunidade, então tipo assim: quem é que ensina ela+?(ACS5-ESF).

%Na realidade, quem iniciou cru, como eu assim, foi aquela semana ali de capacitação e chega na comunidade e faz o quê?o que eu vou fazer agora meu Deus?+(ACS11-ESF).

Quê que aconteceu com as duas novas que entraram? estão de atestado. Porque elas não sabiam nem preencher nem a ficha A, só largaram elas com os mapas na mão, essas são as ruas que tem pra fazer, tu vê e conversa com a tua enfermeira+ (ACS8-ESF).

Os novos entraram sem saber nada+(ACS11-ESF).

Estudo realizado por Santos (2012a) identifica que há profissionais que não participam do curso introdutório no prazo de até três meses recomendado pelo MS, fazendo com que os profissionais permaneçam por um intervalo de tempo sem informações relevantes sobre o processo de trabalho na SF.

Nesse sentido, destaca-se que no Capítulo 1 da Portaria MS/GM 648 (BRASIL, 2006b), fica estabelecido que o processo de educação permanente dos profissionais da Atenção Primária é de responsabilidade das SMS, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde.

No mesmo ano, a Portaria MS/GM 2527/2006 define a carga horária (mínimo de 40 horas, podendo ser readequado pela Instituição) e os conteúdos mínimos para o curso introdutório para profissionais da SF, e que este pode ocorrer até três meses após a contratação, período em que os ACS já estão inseridos nas unidades de trabalho; tendo como temas centrais: A AB no contexto das políticas públicas de saúde, e as estratégias de implementação; a organização dos sistemas locais de saúde com ênfase no planejamento de base territorial; o processo de trabalho das equipes e a atuação interdisciplinar e participação popular (BRASIL, 2006c).

Para Nunes et al. (2002), a formação inicial, deve fornecer aos agentes conhecimentos diversificados em torno do processo de saúde-doença, incorporando além da perspectiva biomédica, outros conhecimentos que os habilitem no processo de interação com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.

O privilégio de determinadas categorias profissionais em relação ao acesso às ações educativas, posteriores à formação inicial, foi destacado pelos agentes comunitários. Acredita-se que esse fator configura uma desvinculação de um projeto coletivo de reorganização da área de recursos humanos, e de construção de um saber em saúde que atenda às reais propostas do SUS.

Quando tem uma capacitação para vacina, o que acontece? vão os técnicos e enfermeiros. Os agentes não vão! mas o que é cobrado da gente é que as crianças estejam com as vacinas

em dia. Pra ti saber se está em dia, tu tem que saber como é que é+(ACS13-EACS).

Estudo realizado por Viana et al. (2008) aponta a valorização de algumas áreas profissionais com predomínio de atividades educativas, voltados para um público de uma área profissional específica, que remete à fragmentação das ações de saúde e a tradição do trabalho individualizado por categorias no modo de organização do processo de trabalho em saúde. Desse modo, a capacitação para áreas profissionais específicas, não garante a compreensão das situações cotidianas do processo de trabalho das equipes (SILVA, 2009).

Estudo realizado por Peduzzi et al. (2009) sobre atividades educativas para trabalhadores da saúde na AB, revela a presença predominante das atividades voltadas para categorias profissionais específicas.

A esse respeito, Franco e Merhy (2006) referem que o trabalho em SF é realizado por uma equipe multiprofissional que busca compreender de modo ampliado as necessidades das famílias vinculadas a determinado território e prevenir agravos à saúde. Por isso, a capacitação dos recursos humanos é vista como uma questão estratégica para o programa, e desse modo se infere que as atividades educativas não devem ocorrer de modo fragmentado.

Para os ACS, a integração de todos os membros da equipe nas ações educativas desenvolvidas para a SF surge como ponto de partida da criação de vínculo e da qualidade do serviço realizado pela estratégia, como pode ser visualizado nas falas.

%Então, como é que vai funcionar uma estratégia, se uma equipe é formada pelo ACS, técnico, enfermeira e pelo médico? Não tem. Ou a gestão muda os modos de fazer capacitação e nós aprendemos tudo, ou não vamos ter vínculo nenhum+(ACS2-ESF).

%Quando é que nós tivemos uma capacitação com médicos, técnicos, enfermeiros e agentes de saúde? Quando? não sei!+(ACS10-ESF).

%Cadê o técnico, cadê o médico capacitado?+(ACS3-ESF).

Nesse contexto, Peduzzi (1999) ressalta que, embora a saúde da família fundamente-se em um arcabouço conceitual e operacional de organização da atenção básica, cada equipe, de acordo com sua realidade, ao buscar a integração

por meio da articulação das ações e da interação dos diferentes sujeitos, constituirá um processo no qual vai elaborar um projeto de trabalho comum a todos, que a partir do reconhecimento das necessidades de saúde das famílias, vai definir as prioridades da atenção e os resultados esperados e a maneira mais adequada e possível de alcançar esses objetivos. Logo, a integração da equipe no processo de trabalho da saúde da família, é fundamental para que a estratégia alcance a sua finalidade.

Prosseguindo, os agentes referem que **não são disponibilizados materiais de apoio nas capacitações**, nem tampouco guias ou manuais para serem utilizados no cotidiano do trabalho, principalmente durante as VD. Os ACS consideram este tipo de material necessário, pois serviria como um instrumento de apoio para fortalecer as orientações em saúde, tanto ao nível individual como coletivo.

Estudo realizado por Teodósio et al. (2006), também identificou como dificuldade no trajeto de formação dos agentes, a insuficiência do material didático fornecido. Estudo de avaliação de curso introdutório à ESF desenvolvido por Tavares (2012) identifica que o uso de material de apoio favorece a assimilação de conhecimentos, e que tanto este como o de recursos audiovisuais são meios facilitadores de aprendizagem.

%Eu acho que na capacitação tem que ter todos os livros com a gente, se tem dúvida com o que aconteceu, alguma coisa com a gestante, vai lá e lê, orientações do diabético, hipertenso...ter uns livros pra nós se guiar+(ACS1-EACS).

%O guia do ACS é muito bom, eu baixei da internet+(ACS5-EACS).

%Tem que ter a parte didática, material, porque falar, falar, falar...tu tá prestando atenção, tu tá vendo tudo ali na hora, mas depois vem outras coisas e é muita informação, tu esquece, acaba esquecendo.Se tem material, pode olhar, voltar lá atrás, recorrer.No momento que começa a ler, começa a lembrar+(ACS3-EACS).

Agora, em relação à **divulgação da ocorrência das capacitações**, os agentes referem que às vezes não são comunicados para participar de alguns encontros, nem de determinados eventos na área da saúde propostos pela Secretaria de Saúde do município.

Para nós nunca chega nada, até as capacitações a gente quase perdeu, porque não chega a informação+ (ACS2-EACS).

Eu cheguei lá (na unidade) e estava grudado no mural, junto com as outras coisas que já tinha passado. As datas já eram de trás,[...] mas assim, a gente fica sabendo sempre depois+ (ACS3-EACS).

Tem ações que nem todas as equipes são mobilizadas. Eu, na verdade, fiquei sabendo pelo facebook, pelos outros colegas, assim que a gente se comunica, aí a gente tenta se mobilizar+(ACS1-ESF).

O acesso a sites da Internet foi destacado pelos agentes como uma das possibilidades de buscar informação sobre as capacitações e eventos ligados à área da saúde que estão ocorrendo no município.

Às vezes a gente chega, está em cima da mesa, e se a gente não procurar, não sai da mesa. Infelizmente tem esse probleminha, então o que a gente resolveu fazer: procurar no site, a primeira vê e passa para as outras, porque às vezes chega o memorando e está em cima da mesa e colocaram na pasta e acabou. Às vezes a gente perde... a primeira capacitação que teve a gente não participou porque não passaram para nós+ (ACS4-EACS).

Estudo que analisou a política de capacitação das equipes que integram o PSF da cidade de Natal, no Estado do Rio Grande do Norte também evidenciou a má divulgação dos processos de capacitação (GERMANO et al., 2005).

Entende-se que a divulgação relaciona-se à comunicação, que por sua vez ocupa um papel fundamental dentro da equipe e em todo contexto que envolve o trabalho na saúde. A falta ou mesmo a falha de comunicação em relação às atividades desenvolvidas na área da saúde contribui para o desenho de uma postura fragmentada no serviço de saúde. A informação e a comunicação favorecem a atuação dos profissionais e da própria organização, num contexto complexo como o da saúde.

Em um estudo realizado com uma equipe de SF, a comunicação também é valorizada, pois consideram que esta ocupa um papel primordial em qualquer equipe interdisciplinar. É através da comunicação que o grupo deixará de ser um pequeno aglomerado de profissionais trabalhando com pouco ou quase nenhum vínculo, numa postura fragmentária (CARDOSO, 2004).

Em relação como as capacitações são estruturadas, os agentes referem que ocorrem em local com **espaço físico inadequado**, uma vez que o **ambiente é amplo demais**, escolhido pela capacidade de comportar um **número elevado de participantes**, em que esses fatores acabam prejudicando a eficácia dos recursos audiovisuais (data show) utilizados.

%É muita gente, espaço muito aberto, sabe, tem muitos colegas que ficam conversando e a gente não consegue pegar, a gente pega um pouco. Se não chegar cedo e sentar bem na frente, tu não consegue ouvir nada+(ACS2-EACS).

%Aquele monte de gente no mesmo lugar, então é complicado+(ACS6-EACS).

%Os recursos também não são muito legais, porque fica uma coisa, quem senta mais atrás não enxerga+(ACS5-EACS).

%É muita informação só falada, sem material didático. Fala,fala,fala, mostra o datashow e fala,fala e fala...metade tu escuta, a outra metade não escuta.Quando o palestrante está de frente tu ouve, quando ele vai para lá, tu já não escuta mais o que ele falou+(ACS3-EACS).

Dentro desse contexto, é necessário ter em mente que tudo o que esteja envolvido no processo de educação, tem implicações na aprendizagem, portanto, as tecnologias educacionais . como os recursos audiovisuais têm que estar, sobretudo, a serviço do participante (PERRENOUD, 2000), e não apenas como praticidade ao facilitador.

Os agentes estudados referem que **não existe auxílio transporte para participar das capacitações** que são direcionadas e disponibilizadas para os ACS do município, sendo que a ausência deste benefício representa um entrave para a adesão dos agentes em todas as capacitações.

%Quando nós éramos do consórcio, a gente tinha passagem, tipo duas, três vezes por mês tinha capacitação, e tu vê agora, se a gente for ver assim quinze, vinte reais por mês que eu tenho que tirar do salário e pagar, porque como a gente trabalha na área não tem direito a vale transporte, daí a maioria dos agentes não pode, às vezes chegava no final do mês eles estavam apertado, não tinham (dinheiro)+(ACS3-ESF).

Vale destacar que o direito ao auxílio de vale transporte é variável de acordo com cada município, que estabelece no contrato de trabalho, ou no edital para provimento de cargo em concurso público, a garantia ou não deste benefício.

Estudo desenvolvido por Silva, Ogato e Machado (2007) também identifica o custeio do transporte e as condições do local da capacitação como fatores limitadores que dificultam a participação nas capacitações. O depoimento a seguir revela que as capacitações não se efetiva de maneira uniforme entre os agentes.

“teve um tempo que as pessoas vinham, eram convidadas, depois eram convocadas, e aí ficou aquela confusão. Salada de fruta . uns são bem capacitados, outros mal, uns tem outros não tem+(ACS1-ESF).

Assim, concorda-se com Villas Bôas (2004) quando defende a ideia de que os processos de qualificação dos ACS são marcados pela fragmentação, desestruturação, que, na maioria das vezes, não permitem o desenvolvimento de competências que têm como eixo orientador a integralidade.

Percebe-se que os aspectos organizacionais das capacitações desenvolvidas com esses trabalhadores apresentam entraves que precisam ser discutidos e superados, para que essa fragmentação não se estenda para o fazer do ACS, no cotidiano do seu trabalho.

3.4 Aspectos teórico-metodológicos das ações educativas

A análise deste tópico foi realizada à luz do referencial teórico de educação no trabalho, direcionando-a para as concepções de educação continuada e educação permanente em saúde. Adotou-se para a EC, a ideia da abordagem de educação tradicional ou educação bancária de acordo com Paulo Freire, em que ocorre a transmissão de conteúdos aos trabalhadores. A EP, orientada por Paulo Freire, considera os trabalhadores sujeitos ativos do processo educativo, capaz de problematizar⁴ a realidade em que estão inseridos com o objetivo de transformá-la.

⁴ A ação de problematizar acontece a partir da realidade que cerca o sujeito; a busca de explicação e solução visa a transformar aquela realidade, pela ação do próprio sujeito (sua práxis). O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente (FREIRE, 2007).

Silva (2009) refere que a organização do trabalho, com base na educação tradicional é orientada pelo modelo biomédico, trabalho individualizado por profissional e gestão taylorista/fordista (com valorização da produtividade). A EP, por sua vez, é uma educação emancipatória que organiza o trabalho orientado para a integralidade, trabalho em equipe e gestão comunicativa/participativa.

A análise partiu a priori da compreensão de que os ACS não possuem um núcleo específico de conhecimento, um saber sistematizado na área da saúde, deles não se exige conhecimento anterior nesta área para exercer a função. No entanto, neles recai a responsabilidade de serem elementos de reorientação e mudança no modelo de atenção à saúde (GOMES et al., 2010; SILVA; DALMASO, 2002).

Na visão de todos os agentes comunitários estudados, **as capacitações na área da saúde são pontuais e os conteúdos desenvolvidos são apresentados de uma maneira superficial**. Durante as discussões, os agentes cunharam as expressões *%pinceladas+, %despejados+, %tirados+, %muito por cima+, %pegou, pegou+, %largaram+*, para referirem-se ao modo como os conteúdos são apresentados pelos instrutores durante as capacitações⁵.

%Tinha um roteiro para dar, foi despejado tudo em 2011, foi muito pouco aproveitado+ (ACS7-ESF)

%Pegou, pegou+ Até fica difícil formar equipes qualificadas, preparadas para sair a campo e saber o que realmente tem que fazer quando está na rua, quando bate palma na frente da casa daquela pessoa+ (ACS11-ESF)

%Na realidade essas capacitações foram apenas pinceladas+ q capacitações nós tivemos quando entramos anos atrás+ (ACS2-EACS)

Peduzzi (2009) ao citar Pedroso (2005, p.92), considera as capacitações técnico-científicas por meio do processo de educação continuada, importantes para a consolidação do SUS, pois podem em alguma medida *%aproximar o vácuo existente entre a formação e a real necessidade do sistema de saúde+*

⁵ O termo *instrutores* foi utilizado conforme previsto pelo MS. Os instrutores envolvidos com a capacitação precisam conhecer as bases conceituais, operacionais e metodológicas da ESF como estratégia para organização da AB. Precisam desenvolver as atividades de forma integrada e com utilização de metodologia que permita às equipes participarem na construção do seu próprio conhecimento.

No entanto, identifica-se nos dados que os conteúdos das capacitações são transmitidos de forma superficial, noção reforçada pelo termo *pegar, pegou+*. Desse modo, acredita-se que os ACS necessitam da construção de um aprendizado sólido, para que o conhecimento a ser aplicado na prática possa dar conta da amplitude de atribuições do seu trabalho e atender às necessidades do SUS.

Em decorrência desta superficialidade referida pelos agentes, evidencia-se a ausência de uma relação dialógica entre educadores e educandos, representada analogicamente nesse momento por facilitadores⁶ e trabalhadores, configurando então, uma educação bancária, que segundo Freire (2000) consiste numa educação em que o educador é o que sabe e os educandos nada sabem, o educador é o que pensa, o que diz a palavra e prescreve sua opção, sendo o sujeito do processo. E os educandos são os que escutam, os que seguem a prescrição e adaptam-se às orientações do educador.

A educação para Freire (1983c, p. 217):

não é um ato, através do qual, um sujeito transformado em objeto recebe, dócil e passivamente, os conteúdos que o outro lhe oferece ou impõe. O conhecimento (...) exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica invenção e reinvenção. Reclama a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de conhecer.

Os agentes referem que os conteúdos das capacitações são desenvolvidos valorizando os termos técnicos e científicos, pois recebem orientações sobre diversas doenças, formas de transmissão e tratamento; o que dificulta a compreensão dos participantes, tendo que serem *desmembrados+*, posteriormente, no momento da VD, ou seja, explicados minuciosamente para as pessoas.

Essa questão remete a pensar sobre a valorização do saber clínico, em que o modelo biomédico organiza o processo de saúde-doença, predominante na área da saúde. Ter conhecimento sobre as políticas de saúde, e sobre as questões que envolvem a saúde e a doença é necessário para trabalhadores que irão desempenhar orientações em saúde. Contudo, o claro entendimento em relação ao contexto real que norteia tais situações é fundamental para que haja compreensão do processo de trabalho e a efetiva reorganização da prática assistencial em saúde.

⁶ A educação problematizadora utiliza o termo **facilitadores**, em que o educador é um facilitador de aprendizado para o educando. Neste estudo, nas discussões que remetem à educação problematizadora, será usado o termo *facilitador* (FREIRE, 1983b).

Estudo proposto por Farah (2006) demonstra que as ações educativas desenvolvidas com trabalhadores, são na maioria voltadas para o manejo de doenças e ações programáticas.

Assim, questiona-se a sustentação de um modo de educar, permeado por terminologias científicas, no sentido da capacidade de promover mudanças nas práticas que dominam o SUS. Mantendo-se a lógica programática, com valorização de termos técnicos e científicos na aprendizagem do agente comunitário, têm-se condições de desafiá-los para um processo educativo que visa adotar posturas de mudança e problematização da própria prática?

Vasconcelos (1991) acredita que, para intervir na realidade precisa ser empregada uma metodologia em que o problema elencado é capaz de gerar investigação sobre suas origens, e o conhecimento científico é utilizado para iluminar os vários passos, em que as soluções são construídas por meio de discussões.

Sendo assim, no modelo convencional de EC, o trabalho é compreendido como aplicação do conhecimento teórico e é possível encontramos elementos para avaliar que, o grande investimento nas capacitações, não tem se traduzido em mudanças nos serviços de saúde. "Em outras palavras, a atualização é útil, mas não necessariamente tem o potencial de transformar as práticas nos serviços" (MOTTA et al., 2002, p.69).

Segundo Brasil (2007), a prática em saúde, mesmo embasada em uma teoria científica, é dependente dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolve interpretação, ajuizamento e decisão pessoal no momento em que se aplica o conhecimento científico às situações reais e singulares.

Os relatos dos agentes permitem evidenciar ainda, que nas capacitações, há uma **valorização dos assuntos referentes às atividades burocráticas** a serem desenvolvidas por eles.

A gente teve capacitação de uma semana no prédio do INSS, tudo, material informativo, ensinaram como a gente preenche uma ficha A, ficha de gestantes, SIASUS, apresentaram pra nós... por unidade, fizeram cadastro da família+(ACS10-ESF).

Santos (2012) esclarece que, os relatórios monitorados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB (BRASIL, 2000) são na maioria informados por ACS e contêm informações sobre as famílias cadastradas, sua situação de saúde e acompanhamento, produção e marcadores de avaliação; permitindo conhecer aspectos do perfil epidemiológico da população acompanhada e avaliar a efetividade das ações desenvolvidas, com o objetivo de auxiliar no planejamento das atividades das equipes e da gestão. Contudo, a autora refere que muitas vezes os dados não são transformados em informações capazes de subsidiar o planejamento das ações.

Estudo desenvolvido por Camelo e Angerami (2004) identifica que no cotidiano de trabalho dos ACS, as atividades burocráticas são as que menos os agentes gostam de realizar, representando as que mais os sobrecarregam em detrimento de suas atividades específicas e de suas visitas domiciliares.

Neste viés, um estudo proposto por Santos e David (2011) identifica a supervalorização da burocracia, como fator de estresse ocupacional referido pelos agentes.

%Agora a nossa supervisora quer que a gente faça um relatório e ponha atrás da ficha A, todas as casas que a gente vai. Gente! não tem como fazer onze visitas, eu fiquei doente, fiquei dois dias que não podia nem caminhar, não dá! E ainda, tem que fazer aquele questionário atrás...+(ACS10-EACS).

Também a relação entre as atividades burocráticas e o número de visitas exigidas pelo ACS desencadearam discussões no grupo, uma vez que os agentes referem que o tempo destinado às orientações em saúde nas VD, ficou reduzido em função do tempo despendido ao preenchimento de dados.

%Agora são onze. A gente é uma máquina de preencher SIASUS. Só isso[...].+(ACS5-ESF).

Schmidt e Neves (2010) apontam que, a perspectiva médico-assistencial dá chance para que as visitas sejam consideradas, no plano da gestão, como metas de produtividade, em que se observa um encolhimento das dimensões qualitativas das visitas, e a quantidade de visitas que devem ser feitas mensalmente pelos agentes acaba por defini-las como contatos cada vez mais breves, de caráter prescritivo e de vigilância.

Ainda, os agentes relatam que **as capacitações não oferecem direcionamento para a prática do ACS da área rural**, sendo que os agentes que moram e trabalham no interior submetem-se a um distanciamento da temática com a sua vivência prática, necessitando adaptar os conteúdos à sua realidade, frequentemente solicitando para isso o apoio do enfermeiro supervisor.

%As capacitações não dão direcionamento para área rural, eles abrangem mais a zona urbana, nós que somos ACS rural, nós fazemos algumas adaptações. Então a gente tenta buscar como a comunidade vive+(ACS14-ESF).

Então, percebe-se que não são levantadas as necessidades que emergem do trabalho cotidiano dos ACS da área rural. O depoimento anterior expressa que a prática do agente precisa ser desenvolvida conforme a realidade da comunidade, do modo de vida das famílias atendidas.

Infere-se que as capacitações desenvolvidas desconsideram o fato de que o processo de trabalho da área rural e urbana possuem diferenciações quanto à sua organização, e, portanto, é preciso no processo educativo, o levantamento das características geográficas, o reconhecimento da realidade das situações específicas e dos sujeitos envolvidos em cada situação, para que seja considerada efetiva.

Prosseguindo, os ACS referem que o método de ensino desenvolvido pelos instrutores das capacitações não proporciona um espaço de discussão, de troca de experiências entre os participantes.

%A gente mais ouve do que fala+(ACS2-EACS).

%Nas capacitações, a gente também ouve as lacunas+(ACS1-ESF)

Para Schmidt e Neves (2010), trocar experiências e debater estratégias faz parte do trabalho, contribui para a organização do serviço de saúde, para o aprendizado dos trabalhadores, e para o estabelecimento de laços de confiança entre os profissionais.

Struchiner, Roschke e Ricciardi (2002) referem que, a educação continuada na área da saúde raramente contempla a oportunidade de vivenciar ativamente a

aprendizagem, por meio da reflexão sobre sua própria vivência. Do ponto de vista pedagógico, os trabalhadores expõem-se a métodos reprodutivistas, que conduzem à superficialidade, levando à falta de conexão com as experiências vivenciadas no cotidiano do trabalho. Logo, ao retornarem aos serviços os trabalhadores se veem confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade de aplicar o conhecimento adquirido (SILVA, 2009).

Reitera-se que, por vezes, os agentes reconhecem a importância da construção do conhecimento a partir da capacitação pelo método tradicional, como sendo um recurso necessário na área da saúde, mas não o único. Porém, os relatos valorizam a necessidade de discutir-se as situações que vivenciam no cotidiano do trabalho, junto aos outros membros da equipe multiprofissional, no espaço que são desenvolvidas as capacitações, como no relato observado a seguir.

Acho que como equipe tem que estar no mesmo nível, para gente poder discutir as coisas e poder trazer pro outro as necessidades... ninguém sabe tudo+(ACS10-ESF).

Para Santos (2012b), as atividades educativas representam um espaço de interação entre as categorias profissionais e a própria superação do modelo biomédico, que almeja a ruptura das relações de poder desiguais entre os profissionais.

O depoimento anterior do ACS pressupõe a possibilidade de uma educação em que o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano do trabalho, o que vai de encontro à proposta de EPS, que objetiva a problematização, em que se detecta problemas do cotidiano do trabalho, e o trabalhador coloca-se como agente ativo do aprendizado, numa construção compartilhada do conhecimento, onde todos os envolvidos atuam num processo ininterrupto de buscas e transformações.

Assim sendo, a atualização técnica científica surge como um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não se constitui como um único foco (SILVA, 2009).

Acredita-se que a criação de momentos de discussão entre os participantes nos espaços educativos, proporciona a reflexão crítica dos trabalhadores sobre a sua prática. Freire (1983d), diz que a ação reflexiva permite ao trabalhador identificar a capacidade de mudança e a estabilidade da realidade social, e como sujeitos sociais, podem optar pela permanência do status quo ou mudança.

As estratégias dialógicas podem colaborar com a educação no trabalho, no sentido de que cada trabalhador tem a liberdade de trazer o seu conhecimento para o coletivo, a partir da própria vivência existencial e da experiência no cotidiano do trabalho. Aí está a essência da educação no contexto do trabalho, que propõe reflexões coletivas das situações enfrentadas no trabalho em saúde, que podem evidenciar soluções reais para problemas reais que são diagnosticados pelo trabalhador e mesmo pelo coletivo.

Acredita-se que a riqueza da atuação dos agentes ocorre pela sua origem e inserção na comunidade onde atua, portanto, permitir espaço de discussão e troca de experiência nas atividades educativas pressupõem respeito às vivências e à cultura desse trabalhador, que devem estar fundamentadas por meio de um processo educativo que também valorize o conhecimento que o agente possui.

Assim, entende-se que os espaços de discussão seriam uma estratégia para diminuir a disparidade de conhecimento nas atividades educativas com a participação de outros profissionais, uma vez que os graduados possuem conhecimento anterior na área da saúde, e os ACS não possuem um núcleo de conhecimento específico nesta área.

Dez agentes referem que **há divergência entre a teoria proposta nas capacitações e a prática do cotidiano do trabalho**. Infere-se que a cisão entre teoria e prática, é favorecida pela ausência de espaços de discussão entre os trabalhadores e os responsáveis pelo planejamento das capacitações, pois se parte do princípio de que para elaborar propostas educativas com ACS, deve-se ter conhecimento em relação à realidade em que estão inseridos, as necessidades de aprendizagem, ao processo de trabalho e a organização das práticas do cuidado.

Às vezes dá vontade de dizer: quer saber como teria que ser ou como a gente faz? às vezes dá vontade, dão aqueles casos e querem saber no papelzinho, como dão, querem que diga como a gente faz? Então a gente tem que perguntar: quer saber como tem que ser, ou como a gente faz?+ (ACS3-EACS).

É misterq aproximar a teoria das situações reais da vida do agente comunitário. E o confronto fundamental da teoria e prática é ressaltado por Demo (2002, p.27) quando refere que, *não se pode realizar prática criativa sem retorno*

constante à teoria, bem como não se pode fecundar a teoria sem confronto com a prática+.

De acordo com Schmidel (2009), o ACS atua na e sobre a realidade, por isso é ponto fundamental estar articulado com esta realidade, o que constitui em um constante desafio para esse trabalhador, pois implica na autonomia dos sujeitos para sua própria expressão e transformação no campo de trabalho, uma vez que a realidade onde desenvolve sua prática é ampla e complexa.

Assim, entende-se que um dos desafios que envolvem o processo educativo dos agentes comunitários está na construção de estratégias pedagógicas que possibilitem a partir de uma ligeira formação básica, permitir a construção de um conhecimento que favoreça uma consciência crítica em relação ao fazer profissional por meio da relação teoria-prática.

Nesse viés, Schmidel (2009) sinaliza ser necessário levar em consideração o trabalho prescrito e o real da prática do ACS, ou seja, as ações que serão desenvolvidas, as condições de trabalho e exercício profissional, pois as ações preconizadas nas capacitações baseadas nos documentos oficiais, muitas vezes a teoria está ligada ao fato de considerar o trabalho prescrito e não o trabalho real. A existência de normatizações, instruções e outros procedimentos que constam nos documentos não garantem que eles estejam sendo realizados pelo trabalhador na sua totalidade, no desempenho de sua atividade, criando assim lacunas no desenvolvimento das práticas, entre o que foi planejado e o que está sendo realizado.

Nesse contexto, para que reduza a possibilidade de resultados insatisfatórios nos processos educativos que visam à mudança nas práticas de saúde, acredita-se que os instrutores devam assumir a posição de facilitadores do processo de aprendizagem e propor estratégias as quais articulem a teoria e prática, que valorizem a dialogicidade, a troca de experiências; com valorização das experiências anteriores e as vivências atuais dos trabalhadores, e a partir disso, criar condições para os profissionais refletirem sobre suas ações e a qualidade com que as realizam, reconhecendo as facilidades, as dificuldades e as (im)possibilidades de atuação.

Teodósio et al. (2006) refere que, os facilitadores podem perceber que a aprendizagem foi efetiva, quando os sujeitos são capazes de refletir sobre sua

própria experiência de aprendizado, identificar as melhores condutas, os melhores procedimentos, as limitações e as facilidades.

A EPS é como prática de ensino-aprendizagem (CECCIM, 2005), valoriza a articulação entre a teoria e prática, e permite ao trabalhador refletir sobre a realidade vivida. Por isso, pode constituir-se em alternativa de transcender ao modelo tradicional de educação ao preconizar atividades educativas inseridas no contexto histórico, social, econômico, político e ético (SILVA, 2010).

Dentro desse contexto, outra questão apontada por 11 agentes durante o grupo focal, foi a descontextualização, uma vez que nas capacitações são **apresentadas abordagens idênticas para realidades diferentes vivenciadas por ACS- ESF e EACS**, exemplificada na fala.

“Existe duas realidades nas capacitações, os do PACS e os do PSF, só que às vezes a gente consegue se unir, teve casos que a gente até dividiu (as condutas) num mesmo cartaz. Até aqui é como vocês agem, aqui é como nós agimos+ (ACS3-EACS).

Ao discutir o processo de formação ou qualificação de recursos humanos, Tomaz (2002, p.87) ressalta três aspectos que devem ser levados em conta: o perfil do profissional a ser capacitado; suas necessidades de formação e qualificação; as competências que devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional.

De acordo com Marzari, Junges e Selli (2011), os processos educativos realizados com ACS não podem ocorrer de forma isolada e descontextualizada. Desde a implantação da ESF, definir o tipo de formação necessária para os ACS não foi atividade fácil, demasiadamente pensada a partir da atenção hospitalar e centrada na doença, esquecendo-se da sua contextualização com o trabalho cotidiano, em que se vivenciam as reais situações das comunidades.

No grupo focal realizado com as EACS, surgiram discussões em torno das divergências entre a sua realidade prática e a realidade dos ACS- ESF, na questão da organização do processo de trabalho, com destaque especial à presença ou não de enfermeiro supervisor e de uma equipe de referência, que faz com que as EACS organizem-se de modo diferente em relação às equipes de SF, como pode ser observado nos depoimentos:

Se não tem coordenador, nem enfermeira, a gente acaba recorrendo às gurias da enfermagem+(ACS2-EACS).

Nós temos uma enfermeira no turno da manhã e outra no turno da tarde, mas falta essa profissional fazer visita, trocar ideias... não dá tempo!+(ACS1-EACS).

No caso de precisar de um apoio de uma pessoa que estava bem e ficou mal, foi na unidade de manhã: tu liga e consegue com que a pessoa que está responsável, consiga encaminhar aquela pessoa para um médico, atender. Entendeu? esse apoio a gente tem, e não um responsável por nós+(ACS3-EACS).

Por fim, destaca-se que os ACS reconhecem que **as dinâmicas desenvolvidas nas capacitações são interessantes**, nas quais citam a dramatização, na qual é proposto um teatro para demonstração da prática do trabalho realizado pelo agente, as atividades lúdicas desenvolvidas pelos projetos de Instituições de Ensino Superior (IES) desenvolvidos junto aos acadêmicos de enfermagem em que são propostas nas unidades de saúde ou em grupos na comunidade ou no momento de capacitação e a proposta de estudo de caso apresentada para o grande grupo.

Referente ao estudo de caso, os agentes apontam lacunas, que diz respeito ao fato de o caso proposto às vezes não estar de acordo com a vivência prática de um grupo de agentes e também por não haver retorno dos instrutores sobre os resultados e as propostas elaboradas pelos agentes, como pode ser percebido na fala

Só que tem um detalhe, a gente levava o que faria como agente de saúde, mas ninguém nunca nos falou se era certo ou errado. A gente colocava no papel e ninguém dizia se era certo ou se isso aí não era o certo+(ACS3-EACS).

Na análise das dinâmicas realizadas nas capacitações surgem **práticas** que direcionam para o uso de ferramentas pedagógicas na lógica das metodologias ativas. A dramatização, por exemplo, permite aos agentes expressar opiniões, relacionar a atividade com a prática diária e interagir com o restante do grupo. Já a escolha pelo estudo de caso sugere ao estímulo para o agente relatar suas experiências relacionando-as ao tema em questão.

Acredita-se que o uso de metodologias ativas de aprendizagem, muito utilizadas dentro da proposta da pedagogia problematizadora/ aprendizagem

significativa, deve levar em consideração alguns aspectos para alcançar os objetivos propostos, quais sejam: o educador deve assumir a posição de facilitador do processo de aprendizagem; o facilitador deve ter conhecimento e habilidade para executar o planejado, o facilitador deve investir em situações que sejam favorecedoras de aprendizagem significativa, como as dinâmicas didático-pedagógicas; facilitar a relação dos conteúdos com a prática profissional; valorizar o conhecimento prévio dos participantes; elaborar e planejar a dinâmica mais adequada para determinado grupo, desenvolver a habilidade da escuta e reconhecer o trabalhador como sujeito ativo na aprendizagem e compreender os reais objetivos da aprendizagem a que se propõe.

Cabe a ressalva de que o estudo de caso não define por completo a solução, visto que, no cenário das práticas em saúde existem outros componentes que devem ser levados em consideração, tais como a rede de serviços de saúde, os recursos disponíveis, o bom senso, dentre outros. Portanto, as respostas vão sendo construídas dia a dia, com a equipe de saúde, com a comunidade, com a rede de serviços de saúde.

Para Ceccim (2005) a transformação das práticas em saúde ocorre efetivamente quando se entende que a educação é um meio de crescimento pessoal, profissional e de possibilidade de melhoria da assistência à população. Para tanto, as instituições de saúde devem ter em mente a proposta de desenvolvimento dos seus funcionários, adotando estratégias coerentes de forma a atender esses objetivos.

Diante do exposto, entende-se que novas competências passaram a ser exigidas dos trabalhadores do SUS com o objetivo de contribuir com a reorganização do modelo de atenção à saúde.

Estratégias de ensino⁷ são disponibilizadas nas instituições de saúde em busca das competências requeridas, contudo, entende-se que a proposta teórico-metodológica por meio de capacitações desenvolvidas com ACS, pode fazer parte do seu processo educativo em caráter complementar à proposta de EPS, de modo que esta pedagogia vá além das necessidades individuais de atualização, para uma proposta de educação problematizadora, com estímulo para a reflexão crítica dos trabalhadores, desenvolvimento de escuta qualificada, apoio à criatividade no ato de

⁷ Estratégia de ensino: arte de aplicar ou explorar os meios e condições favoráveis ou disponíveis, visando à efetivação do processo de ensino-aprendizagem (ANASTASIOU; PESSAGE, 2007, p.2)

pensar, diálogo profundo e a construção conjunta e permanente das práticas de saúde.

Assim, ~~as~~ capacitações tradicionais podem ser aplicadas no trabalho, sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e da educação que pensa a produção de mundo+(BRASIL, 2004b, p.13).

A avaliação do aprendizado adquirido embora não representasse um objetivo do estudo, apresenta relevância ao estar diretamente relacionada aos resultados da aplicação de tal processo educativo.

Os agentes apontam que **não existe um método de avaliação do aprendizado adquirido** (entende-se *aquisição* como processo de apreensão de conhecimentos) por eles ao final do treinamento introdutório, nem nas demais capacitações, e que ao final destas, os instrutores passam para os participantes uma ficha de avaliação, com predomínio de perguntas fechadas e com um espaço para sugestões quanto aos temas a serem desenvolvidos nas próximas capacitações.

O MS sugere que os profissionais sejam avaliados por meio de um instrumento capaz de aferir o conhecimento adquirido (COSTA NETO, 2000). Não obstante, o método de avaliação está sob-responsabilidade da instituição e não há monitoramento das avaliações pelo MS.

Em relação ao treinamento introdutório, Santos (2012) diz que por meio da avaliação de aprendizagem é possível fazer uma comparação entre os conhecimentos e habilidades que os profissionais possuíam antes do treinamento com os que foram adquiridos após a atividade educativa.

Para Santos (2012) o curso introdutório pressupõe ações educativas que correspondem aos princípios da PNEPS, mas que não acontece na maioria das ações educativas desenvolvidas na área da saúde.

Nessa linha de pensamento, Mira (2010) refere que algumas instituições de saúde apesar de utilizarem a nomenclatura de EPS, não implementam a mudança conforme proposto pela PNEPS.

Nesse contexto, acredita-se ser importante a avaliação constante dos processos educativos pela gestão, de modo que possam revelar dados que apontem resultados concretos e se estes estão colaborando de modo efetivo para a prática dos trabalhadores, possibilitando caso necessário, a reorganização das atividades educativas as quais permitam a transformação das práticas assistenciais a fim de atender os princípios preconizados pelo sistema de saúde.

Neste viés, Kafer e Sheid (2007) dizem que, a efetividade da ação educativa acontece quando esta é empreendida a partir do diagnóstico das necessidades concretas, ou seja, não surge da imposição de uma existência meramente formal, no entanto depende da compreensão de sua finalidade por todos os atores envolvidos e de uma constante avaliação dos resultados.

Peduzzi et al. (2009), citando os estudos de Davini, Nervi e Roschke (2002) identificaram que o acompanhamento de processos de capacitação de trabalhadores da saúde evidencia que o aspecto menos desenvolvido é a avaliação.

No debate acerca da questão de avaliação das capacitações, decorreram discussões acerca das contribuições das capacitações para o processo de trabalho.

Eu acho assim, como vou dizer, mesmo que tivesse uma capacitação anterior, essa que foi feita agora nem ajudou, sabe? (ACS5-EACS).

Geralmente a gente busca entre nós o médio, porque as capacitações que eles fazem não conseguem, são muito superficiais, às vezes é um assunto que tu não está vivenciando no momento (ACS4-EACS).

Na prática mesmo é que a gente acaba aprendendo como fazer, muita coisa a gente esquece, não tem material pra ler, ler em casa (ACS6-EACS).

Precisa de muita, muita capacitação, pois às vezes tu chega numa casa e as pessoas sabem mais que a gente, fica até chato (ACS10-EACS).

Eu acho que a gente está querendo muitas coisas, quem já estava ou quem tem o técnico ou auxiliar tem mais ou menos uma noção do que orientar, só quem tem filho, a gente já aprende no dia a dia como cuidar, só que quem não tem filho, quem não tem nenhum tipo de conhecimento, que entra cru no trabalho, falta muito, muito, muito mesmo para ti sair trabalhar, e orientar com firmeza, saber o que tu está dizendo (ACS3-ESF).

Nesse sentido, percebe-se que a capacitação não contribui de maneira significativa para a reorganização do processo de trabalho, levando aos agentes a aprenderem a fazer com a prática.

A partir da análise do significado das falas foram identificados alguns fatores limitantes ou dificultadores do uso de estratégia de ensino por meio de capacitações,

quais sejam: a capacitação tradicional ser a única proposta educativa realizada com ACS; ausência de vale transporte que influencia na participação nas capacitações; a falta de material didático ou de apoio a ser disponibilizado aos agentes; a proposta de educação não se constitui num processo gradual e contínuo que vai se renovando de acordo com o trabalho desenvolvido no dia-a-dia e com as necessidades de conhecimento dos agentes; a elaboração de um cronograma é de modo fechado, pois não ocorre de forma dinâmica envolvendo os agentes para o reconhecimento das reais necessidades de aprendizagem.

Ainda, a capacitação geralmente é direcionada apenas para ACS, não envolvendo o restante da equipe multiprofissional; há desarticulação entre teoria e prática, não existe espaço dialógico para os questionamentos e abordagem de questões que possam surgir durante as capacitações; os instrutores não conduzem as capacitações de forma participativa, e as particularidades e dificuldades no trabalho dos agentes não são apreciadas, a realidade vivenciada pelo agente e pelas equipes não é posta em evidência.

Um aspecto revelador é o de que **os agentes comunitários buscam estratégias que possam contribuir com seu processo de aprendizado**. Infere-se, portanto, que há uma consciência da necessidade de construir conhecimento, e que estes trabalhadores procuram alternativas de aprendizagem, além daquelas já propostas.

Tem muitos aqui que tem o técnico de enfermagem, muitos tem curso superior, mesmo os que não tem formação, vai buscar e vai buscando+(ACS2-ESF).

Eu retomo os livros de quando fiz o auxiliar de enfermagem, quando eu estou meio perdidinha, de noite eu vou lá e procuro, um bloco de sete livros+(ACS10-EACS).

Acho que a questão da educação, além de ter as capacitações, agora deu uma parada, mas a gente também busca essa educação, essas atualizações+(ACS9-EACS).

A gente faz as capacitações, a gente faz as coisas, tem que estar sempre se atualizando, porque tem coisas que aparecem lá na nossa comunidade, que a gente já sabe que aconteceu, passa na unidade e aí é que eles vão pesquisar+(ACS5-EACS).

Estratégias de aprendizagem por meio da VD, Internet e reunião de equipe, bem como o apoio dos colegas da mesma categoria profissional, do enfermeiro e

dos acadêmicos das IES foram relatadas pelos agentes como meios que podem contribuir com a questão da aprendizagem.

Como forma de obter aprendizagem foram citadas a troca de experiência e de conhecimento por meio da família, no momento da VD, como pode ser verificada nos depoimentos.

Às vezes aprende com a pessoa da casa[...], tu te atualiza com o próprio paciente ali[...], às vezes tu chega numa casa e as pessoas sabem mais que a gente+(ACS7-EACS).

Na visita a gente aprende também+(ACS5-ESF).

A relação do aprendiz deste trabalhador no contexto das famílias, remete a Nunes et al. (2002), que utilizando os estudos de Trad (1999), esclarecem que a família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não devem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde.

Contudo, trabalhar com o senso comum com os recursos das famílias está relacionado com a própria insuficiência de instrumentos deste trabalhador, dentre eles, o conhecimento (SILVA, 2001).

Nesse sentido, vale destacar que o perfil do ACS é praticamente o mesmo do cidadão que ele atende na comunidade, e, por isso o seu conhecimento também sofre influência das crenças e tabus que perpassam o cotidiano deste profissional (BRASIL, 1999b).

Um dispositivo de aprendizagem utilizado pelos agentes é a Internet, que se destacou nas discussões do grupo focal, por ser amplamente buscada pelos agentes.

Tem uma capacitação sobre redução de danos, até a capacitação é pela internet+(ACS4-EACS).

Quando surge alguma coisa que destoe do que a gente sabe, a gente vai procurar, a gente vai para a internet, ou quando sobra (tempo), vamos perguntar pra enfermeira+(ACS8-ESF).

Às vezes eu não tenho com quem discutir, ou quem levar na visita, pra dar uma clareada, às vezes a enfermeira da unidade não está lá, o coordenador não é muito entendido da área da saúde, então, a técnica está assoberbada de coisas, não tem como ver...vou pra internet!+(ACS6-EACS).

%Eu queria saber sobre lúpus, até tentei falar com a enfermeira, mas chamavam ela numa ponta, chamavam noutra, e a unidade aquela correria!Tchau, to indo!Fui no Google, digitei e aprendi dali. Procuo em livros, ou numa visita tem algum familiar ou técnico de enfermagem para confirmar as informações que eu tirei do computador, porque nem sempre são a realidade,...as dúvidas, tirei no computador, na internet, se não tivesse computador, não sei!+(ACS5-EACS).

Nesse contexto, os ACS ressaltam o cuidado com o conhecimento adquirido por meio de sites na Internet em detrimento ao conhecimento estabelecido entre pessoas.

%Não deveria ser assim, não é que não deveria, não é o certo! Porque o contato com a experiência da enfermeira não é como ler no aparelho. De repente tem coisas que se entende de uma forma e é de outra, e tem a vivência do profissional também+(ACS5-EACS).

%Tem que saber da onde tu vai buscar as informações em saúde, tem sites que tu tem que saber que é seguro, da universidade, coisas assim. E que tu pode pegar e confiar, senão tu passa uma coisa que não é+(ACS2-EACS).

As reuniões de equipe e as reuniões em que participam somente ACS (no caso das EACS) são entendidas pelos participantes como momento de planejamento das VD, discussão de demandas específicas e de consolidação dos dados mensais. Foi revelado nos depoimentos que alguns agentes apreendem a reunião mensal como sendo a capacitação mensal.

%A gente lutava na reunião de equipe, a gente discutia, a gente tinha que sabe, participar da saúde mental, tinha até a psicóloga que dava capacitação pra nós, teve a capacitação no salão da igreja sobre saúde mental na roda+(ACS1-ESF).

%A reunião trabalha bem as pautas, tudo meio organizado, a coisa flui, sabe? A gente tenta trazer todos os casos para ser discutido em reunião+(ACS2-ESF).

%á na nossa unidade a gente tem reunião, reunião de equipe, com acadêmicos da fisioterapia, nutrição, enfermagem e psicologia. E a gente tem um tema para debater. Tipo a capacitação de segunda-feira, então a gente debate toda segunda-feira, ou um estudo de caso, sabe? isso dá bastante suporte, porque como está sem as capacitações, isso tem dado o suporte+(ACS4-EACS).

Estudo realizados por Quatrin (2009) identifica as reuniões de equipe como espaços onde os membros da equipe possam trocar experiências e expectativas, a fim de somar esforços para melhorar a convivência entre os pares e também a qualidade do trabalho.

A gente faz cartaz, a gente discute temas, a gente faz dinâmica em grupo, sabe, bastante temas diferenciados+ (ACS4-EACS).

No contexto das reuniões de equipe, dez agentes informam que um ACS capacita o outro.

Ao mesmo tempo em que o olhar volta-se para a questão que as reuniões contribui para a organização do processo de trabalho e favorece o vínculo no grupo, direciona-se a atenção para essa troca de conhecimento técnico ou capacitação entre os próprios agentes neste espaço, uma vez que estudiosos do assunto, como Tomaz (2002, p.87) aponta que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

Embora se respeite o conhecimento que o ACS possui e a sua vivência na prática em saúde, a capacitação não pode acontecer entre pares, pois a contextualização do processo de trabalho deve ocorrer primeiramente pelo curso introdutório orientado pelo MS e desenvolvido pela NEPeS/Secretaria de Saúde, e posteriormente as ações educativas devem ser mantidas sob-responsabilidade do enfermeiro e do NEPeS. As falas a seguir expressam como acontece a aprendizagem entre os agentes.

Esses grupos que são feitos, esses encontros, a gente também tem capacitação de um colega para o outro+ (ACS6-EACS).

As agentes me ensinaram muito, pouquinho sobre hipertensão, diabetes, que é o principal. O cartão de vacina foi a enfermeira mesmo que passou pra nós+ (ACS7-EACS).

Nessas reuniões que a gente consegue passar pra outra o que descobriu. Fui na capacitação, passei pras gurias o que foi dito, as porcentagens, as coisas[...]+(ACS2-EACS).

A gente aprende muito com os colegas, a gente conversa, a gente discute, a gente vai aprendendo muito com os colegas+ (ACS2-ESF).

%Eu sei um pouco de vacina, um pouco de diabetes. Então é complicado, mas a gente aprende com as colegas que já são do grupo+(ACS11-ESF).

Ainda, como estratégia buscada pelos agentes para contribuir com o seu aprendizado, citam os acadêmicos de enfermagem das IES, que realizam estágio curricular nas unidades de saúde de referência.

%As acadêmicas iam fazer conosco, lembra? Nós tínhamos as dificuldades, nós levávamos os assuntos para elas e daí elas faziam uma pesquisa e na outra semana voltavam e passavam as informações+(ACS4-EACS).

%A gente tem que agradecer muito os acadêmicos, porque às vezes é a única coisa que a gente tem+(ACS2-EACS).

%Eles até traziam algumas coisas para a gente a nível de educação, folder, ou algum tema. Vamos falar de hipertensão! daí a gente vinha, se reunia e eles traziam algum tema pra passar pra gente+(ACS5-EACS).

Vários são os estudos que versam sobre a experiência de acadêmicos em processos de capacitação com ACS (CARDOSO et al., 2011; KAFER; SCHEID, 2007).

Percebe-se nestes estudos, que esta experiência proporciona aos acadêmicos relacionar a teoria e a prática, com a participação ativa dos alunos, de modo que, inseridos em cenários reais, possibilite a formação de profissionais com condições de atender às exigências do SUS e valorizar a troca de saberes entre profissionais e usuários.

Em contrapartida, percebe-se nos relatos dos agentes, que os membros da equipe beneficiam-se com a articulação entre ensino- serviço, pois a presença dos acadêmicos nas unidades de saúde, também favorece a organização da demanda e contribuem com o agendamento das VD.

Durante análise dos dados do grupo focal emergiram algumas questões importantes em relação ao **papel do enfermeiro no contexto de aprendizagem do ACS.**

As falas apontam que a figura do enfermeiro aparece como *%apoiador+* da aprendizagem do ACS, que ocorre por meio de orientações informais e no esclarecimento de algumas dúvidas, direcionadas às ações realizadas pelo ACS. Os

agentes acreditam que a capacitação a ser desenvolvida com os ACS também é uma função do enfermeiro supervisor, entretanto, referem que as atividades educativas, na prática, não estão incorporadas ao processo de trabalho do enfermeiro.

Nesse viés, Bôas, Araújo e Timóteo (2008) apontam que, o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer, nos processos educativos, um espaço que pode ser potencializado na direção de uma ação transformadora. Para isso, deve buscar a ruptura do instituído, romper com a alienação por meio do interesse com os diversos fazeres, o que leva a reconhecer a necessidade de complementaridade dos diversos trabalhos com seus saberes e fazeres específicos.

Entende-se que o enfermeiro ocupa um papel importante junto à equipe, na construção de um novo modelo de atenção à saúde, uma vez que desempenha atividades assistenciais, gerencias, educacionais e de supervisão dos profissionais da enfermagem e ACS. No que tange à educação, está prevista como atribuição específica na Portaria 648/2006, onde consta no artigo IV, supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem+(BRASIL, 2006a, p.45).

Ao enfermeiro incumbe, segundo a Lei do exercício profissional, Lei nº 7.498/86 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987) a participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de EC. Assim, além do direito e dever ético de manter-se atualizado, o enfermeiro, tem a obrigação legal de ser facilitador do processo educativo, para os demais membros da equipe sob sua supervisão.

Destaca-se que o art. 19 do Código de Ética em Enfermagem determina a responsabilidade dos profissionais em enfermagem na promoção do aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1987).

Verifica-se que nas atribuições do enfermeiro na ESF, na lei do exercício profissional e no Código de Ética em Enfermagem fica clara a responsabilidade deste profissional em elaborar, implementar, capacitar e avaliar as ações educativas do pessoal sob supervisão, incluídos os ACS.

A análise da pesquisa permitiu apreender dois fatores que tangenciam as concepções dos ACS em relação ao enfermeiro e a sua responsabilidade no processo de educação, em que uma direciona para o caráter individual, incluindo o

perfil, a disponibilidade e o comprometimento do enfermeiro; e a outra, para a organização dos serviços de saúde, em que a demanda excessiva da unidade de saúde e as diversas atribuições desenvolvidas pelo enfermeiro aparecerem como entraves para o desenvolvimento de ações educativas.

%E também as enfermeiras, eu não estou vendo assim, muito empenho em nos capacitar. A capacitação dela conosco sobre a vacina, na reunião de equipe, falou ligeiro assim, assim ligeiro. Nem elas estão com empenho de nos capacitar nas unidades+(ACS8-ESF).

%Se dá má sorte de pegar um enfermeiro, dependendo do enfermeiro, não tão comprometido, vai atirando (o conteúdo)+(ACS3-ESF).

%Nas unidades, os profissionais estão mais envolvidos com a parte administrativa e estão esquecendo de nós. Aí não adianta cobrar de nós uma carteira de vacina, chegar no relatório e cobrar de quem não sabe+(ACS2-EACS).

%Às vezes a gente até pergunta para enfermeira, ela dá umas dicas, mas geralmente é os agentes que sentam (em reunião)+(ACS6-EACS).

Neste contexto, a formação dos enfermeiros também foi abordada nas discussões, como um fator que interfere no compromisso profissional em implementar atividades educativas com o pessoal sob sua responsabilidade.

%Eu acho que pelo jeito vem de todos os postos a mesma dificuldade, mas eu acho então que o problema está na formação desses profissionais+(ACS10-ESF).

%Eu já não vou culpar eles, estou vendo que estão pensando da mesma forma. É (a culpa) de quem está fazendo o treinamento deles+(ACS11-ESF).

%Eu não sei como está funcionando, se o enfermeiro está habilitado para isso (educação), de repente ele não se sente preparado, tem que ver também, não sei, cada um tem sua realidade+(ACS3-ESF).

Gil (2005, p.2) refere que, %o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção,

atenção precoce, cura e reabilitação+. Portanto, a não aplicação de atividades educativas pelo enfermeiro com o pessoal na prática, também pode estar relacionada com o preparo insuficiente destes profissionais para desenvolver esse tipo de atividade com os ACS.

Estudos recentes sinalizam para a necessidade de as instituições de ensino aplicar um projeto político-pedagógico que envolva universidades, serviço, comunidade, visando à mudança na formação em saúde, cuja premissa é a formação de profissionais com perfil necessário para o atendimento às demandas e às necessidades de saúde da população, abrangendo a saúde nas dimensões biológicas, do estilo de vida, das relações dos seres humanos com o ambiente e os serviços de saúde (SENA et al.,2003). Pelo fato das atividades serem desenvolvidas em cenários reais, aumenta a possibilidade de formar enfermeiros aptos a atender as exigências do SUS.

Desse modo, considerando que a SF está efetivamente incorporada à AB, que deixou para trás o rótulo de programa vertical e tem hoje um papel potencial de eixo norteador da organização dos sistemas municipais de saúde e que sua expansão tem sido contínua, é de fundamental importância o investimento nas políticas de recursos humanos voltadas às necessidades dos profissionais que atuam nas equipes, após a formação (GIL, 2005).

Para tanto, o MS apresentou algumas propostas como os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família . a fim de fortalecer a articulação ensino-serviço nas vertentes de capacitação, formação e EP. A realização de treinamentos introdutórios visando à capacitação das equipes na modalidade de SF foi a que predominou, mas como se tornaram insuficientes para abarcar o espectro de atuação esperada, o MS passou a ofertar aos profissionais de nível superior, cursos de pós-graduação lato sensu, nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em SF (VIANA et al., 2008).

Vale destacar que os ACS também ressaltam e responsabilizam o envolvimento da gestão (entenda-se Secretaria de Município de Saúde) no processo de educação.

%A obrigação do município é capacitar esse profissional. E fazer avaliações+ (ACS5-ESF).

Eles lavaram as mãos: %Os agentes que estavam já sabem como trabalhar e os novatos vão aprender se quiser+ (ACS11-ESF).

%Falta conhecimento por parte dos gestores, em relação à ESF em si. Eu sinto que eles têm que pegar mais agentes de saúde. Então vai ter bastante agente de saúde, e aí, como fica a profissionalização? E a educação continuada?+(ACS1-ESF).

Para melhor compreensão, destaca-se que na Secretaria de Saúde do município há o NEPeS , que tem por objetivo manter um processo educativo efetivo voltado para os profissionais da AB do município. Infere-se que a participação e envolvimento deste núcleo em desenvolver ações educativas com eficácia, traduz-se na possibilidade de valorizar a função do ACS, oferecer um serviço de saúde de melhor qualidade, que procede no aumento na resolutividade; proporcionar aos trabalhadores uma visão mais abrangente da necessidade do usuário, intensificar a programação de ações para a saúde, intervindo efetivamente em relação aos problemas locais.

Celeste (2004) refere que a criação de núcleos de EP :

faz uma ruptura na lógica predominante das ações de saúde e na gestão do cotidiano dos serviços e ao mesmo tempo cria espaços para uma política capaz de constituir estratégia para o fortalecimento do SUS por meio de aprimoramento das tecnologias e na articulação entre o sistema de saúde e as instituições educacionais.

A EPS, portanto, é um modelo institucionalizado de organização das atividades de ensino no e para o trabalho, no setor saúde (BRASIL, 2003).

Diante do exposto, identificam-se nós críticos na educação para o trabalho do ACS em relação ao desenvolvimento de uma educação que permita a construção de conhecimento que possa aproximar o educar e o cuidar em saúde em uma relação direta entre teoria e prática. O processo educativo seja continuado, permanente, ou por capacitações; deve potencializar os sujeitos, inserindo-os neste processo, como sujeitos ativos. Reitera-se a necessidade da educação não dicotomizar a vida pessoal e profissional, pois o trabalhador é um ser único, e, portanto essas questões não se separam.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a mudança de paradigma de como se produzir saúde e as novas competências que passaram a ser exigidas dos trabalhadores no SUS, a proposta da educação no trabalho surge como um recurso estratégico para a transformação das práticas profissionais.

Entende-se que o espaço do trabalho é um espaço educativo, pois no trabalho também se aprende, pois todos os trabalhadores são sujeitos portadores de experiências anteriores e adquirem um conhecimento contínuo do seu fazer, dia a dia. Portanto, quando há interesse mútuo de gestores e trabalhadores em ensinar e aprender é possível construir conhecimento nos serviços de saúde, e a partir disso, a mudança torna-se exequível.

Evidencia-se que a educação no trabalho do ACS tem se restringido à reprodução do conhecimento e à transmissão de conteúdo programático. Desse modo, apreende-se que as ações educativas desenvolvidas não os colocam na posição de sujeitos ativos no processo de aprendizagem, como capazes de convocar conhecimentos e valores ao produzir um ato de saúde.

Acredita-se que a educação no trabalho do ACS implica em desafios, no que tange à preparação destes trabalhadores na direção de um novo fazer em saúde, para que não sejam entendidos apenas como mediador ou elo entre a comunidade e o serviço de saúde, mas reconhecidos como trabalhadores capazes de participar e contribuir com a proposta de transformação das práticas e reorganização do modelo de atenção à saúde. No entanto, a capacidade de participar e intervir estão relacionados ao conhecimento.

Para tanto, o pensamento crítico-reflexivo, comprometido e participativo desses profissionais em relação à sua prática e ao sistema de saúde deve ser potencializado, ao contrário serão apenas expectadores do processo.

Ao tecer as considerações finais, remetemo-me a um dos escopos deste estudo, de identificar como deveria ser a educação no trabalho sob a ótica do ACS. Retomando Freire, que diz que a educação pensada e desenvolvida de forma isolada não é resolutive, é que valorizamos e consideramos como ponto de partida (e de chegada) as propostas de educação recomendadas pelos agentes de acordo com a sua realidade e as suas necessidades.

Os ACS identificam a necessidade de os educadores refletirem sobre a possibilidade de organizar ações educativas que valorizem a prática diária; que haja discussão em torno dos conteúdos e assuntos apresentados, numa articulação direta entre teoria e prática, em que o conhecimento seja construído com base na problematização da realidade trazida pelos ACS; que sejam utilizadas metodologias ativas de aprendizagem, por meio de dinâmicas pedagógicas criativas que permitam a participação ativa dos agentes no processo de educação e que os estudos de caso desenvolvidos nas capacitações problematizem situações reais, com retorno da gestão sobre a possibilidade ou não de resolução; que sejam organizados espaços de diálogo e troca de experiências entre as equipes de saúde; que a busca para solução de problemas considere a implementação de projetos de intervenção com a equipe multiprofissional; que sejam retomadas as discussões referentes à saúde do trabalhador; que o treinamento introdutório seja realizado antes de atuar na prática; que seja aplicada uma metodologia de avaliação do conhecimento adquirido nas capacitações.

Destaca-se como proposições dos ACS para a educação no trabalho: a formação de uma equipe multiprofissional responsável por discutir princípios metodológicos e estratégias possíveis de serem utilizadas nos processos educativos com ACS; Educação Permanente para todos os profissionais que atuam na AB; redefinição de competências profissionais por meio da disponibilidade de Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde no município; a capacitação como proposta complementar à EPS.

Por fim, os agentes solicitam o cumprimento da decisão pactuada entre o NEPeS, ACS e enfermeiros supervisores em relação às capacitações, de que o NEPeS capacite enfermeiros e estes capacitem os ACS nas unidades de saúde de referência, de modo que todos sejam capacitados, e que a cada seis meses seja realizado um encontro geral para apresentar as ações educativas desenvolvidas neste período.

Assim, as proposições realizadas pelos ACS direcionam para a necessidade de EPS, de acordo com as propostas estabelecidas na PNEPS, em que as capacitações compõem a proposta em caráter complementar.

Considerando que a educação tem um papel central na dinâmica das ações desenvolvidas no trabalho do agente comunitário, cabem reflexões de todos os profissionais da saúde da AB e gestores dos serviços de saúde nos diferentes

espaços de atuação do SUS, para (re) pensar ações educativas e a metodologia apropriada para ser desenvolvida com agentes comunitários, que favoreçam tanto o crescimento pessoal como o profissional.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, K. F. et al. Proposta para capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 20, n. 3, Barueri, Jul./Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010456872008000300006>. Acesso em: 10 Dez. 2012.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho (5a ed.). São Paulo: Cortez, 1998.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** Campinas: Boitempo, 2000. 331 p.
- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-290, Abr./Jun. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v11n2/v11n2a11.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2012.
- AREOSA, J.; CARAPINHEIRO, G. Quando a imagem é profissão: Profissões da imagiologia em contexto hospitalar. **Sociologia, problemas e práticas**, São Paulo, n. 57, 2008, p. 83 -108. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n57/n57a05.pdf>>. Acesso em: 03 Nov. 2012.
- ARROYO, M. **Pedagogia das relações no trabalho.** Trabalho & Educação, Belo Horizonte, n. 2, p. 61-67, Ago./Dez. 1997.
- ÁVILA, M. M. M. O programa de agentes comunitários de saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000100037>. Acesso em: 30 Set. 2012.
- BARCELLOS, C. S. N.; PANDOLFI, M., MIOTTO, M. H. M. B. Perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de Vitória- ES. UFES. **Rev. odontol.**, Vitória, v.8, n.1, p.21-28, Jan./Abr. 2006. Disponível em: <periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/671/468>. Acesso em: 17 Out. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 7. ed. Portugal: Geográfica Editora, 2009.
- BORGES-ANDRADE, J. E. Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento. **Estudos de Psicol**, Porto Alegre, v. 7, p. 31-43, 2002. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26170905>>. Acesso em: 08 de agosto de 2012.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, Jan./Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000100029&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 Set. 2012.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a medicação convencidora e a transformadora. **Trab. Educ. Saúde**, Rio Janeiro, v. 6 n. 3, p. 457-480, Nov. 2008/Fev.2009. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r220.pdf>>. Acesso em: 06 Out. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei n. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Artigo 80. O poder público incentivará o desenvolvimento e a veiculação de programas de ensino a distância em todos os níveis e modalidades de ensino e de educação continuada, 1996a.

_____. **Resolução nº 196**, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996b. 9 p. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/reso196.doc>>. Acesso em: 16 Out. 2011.

_____. Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 01 Out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS. Coordenação de Atenção Básica/SAS. **Diretrizes para elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Prevenção e controle das DST/AIDS na comunidade**. Manual do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 73 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf>. Acesso em: 04 Out. 2012.

_____. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília. Ministério da Saúde, 2003.

_____. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54_Portaria_198_de_13_02_2004.pdf>. Acesso em: 10 Set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde 2004b. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS).** Brasília. Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. **Proposta de regulação da formação do agente comunitário de saúde: subsídios para discussão.** Brasília. 2004e.

_____. Ementa Constitucional nº 51 de 15 de Fevereiro de 2006, **regulamenta ao ACS a possibilidade de seleção pública, como forma de ingresso no serviço público.** Ministério da Saúde: Brasília. 2006a. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/EC%2051.pdf>>. Acesso em: 10 de Jan. 2012.

_____. Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Ministério da Saúde: Brasília. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2527, de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos para o curso introdutório para profissionais da saúde da família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2527.htm>>. Acesso em: 10 Dez. 2012.

_____. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília,

DF, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 02 Out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Trabalho e redes de saúde:** valorização dos trabalhadores da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf>>. Acesso em: 10 Dez. 2012.

_____. **Recursos humanos na atenção básica, estratégias de qualificação e pólos de educação permanente no Estado de São Paulo.** Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Série B.** Textos Básicos de Saúde Série pactos pela Saúde, v. 9, Brasília- DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z :** garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. . 3. ed. . Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Capacitação à distância para atenção básica.** Caderno de exercício ACS. 2011a. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/9/8/089-Curso_HAS_para_PSF_-_Caderno_exercicios_acs.pdf>. Acesso em: 03 Nov. 2012.

_____. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio. Notas metodológicas.** 2011b. Disponível em: <www.personal.psc.isr.umich.edu/~davidl/brazil/mpnad02.doc>. Acesso em: 24 Jun. 2012

BRUSCHINI, C. **Trabalho feminino no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação?** Prepared for delivery at the 1998 meeting of the LATIN AMERICAN STUDIES ASSOCIATION. ECO 19 . The Palmer House Hilton Hotel Chicago, Illinois . USA. 24 . 26 Set., 1998.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, p. 14-21, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000100003> . Acesso em: 04 Nov. 2012.

CARDOSO, F. A. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. **Rev. bras. Enferm.**, Distrito Federal, v. 64, n. 5, Set./Out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672011000500026&script=sci_arttext> . Acesso em: 27 Out. 2012.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Distrito Federal, v. 57, n.

5, p. 611-4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 18 Ago. 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde.** In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p.53-92.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de Conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 259-264, Mar./Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19>. Acesso em: 16 Jun. 2012.

CARDOSO, C. L. Relações interpessoais em uma equipe de Saúde da Família. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.7, n.1, p.47-50, Jan./Jun. 2004. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Relacoes.pdf>>. Acesso em 27 Ago. 2007.

CARLOTO, C. M. Gênero, reestruturação produtiva e trabalho feminino. **Serviço social em revista**, Londrina, v. 4, n. 2, Jan./Jun. 2002. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v4n2_carlotto.htm>. Acesso em: 04 Set. 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu v.9, n.16, p.161-77, Set. 2004/ Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 06 Out. 2012.

CELESTE, T. Educação permanente: um novo olhar sobre a aprendizagem no trabalho. **Revista digital de Educação Permanente em saúde**, v. 1, Set. 2004. Disponível em: <www.aben-educmed.org.br> Acesso em: 09 de novembro de 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei Nº 7498 de 25 de junho de 1986: **dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** Rio de Janeiro (RJ): COFEN; 1987.

COSTA NETO, M. M. (org.). **Treinamento introdutório.** Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DALLAGNOL, C. M. D.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, Jan.1999. Disponível em:<www.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/...2228>. Acesso em: 05 Mai. 2012

DALMASO, A. S. W. **Atendimento à demanda espontânea:pronto atendimento e atividades programáticas.** IN: MENES-GONÇALVES R. B.; NEMES, M. I. B.; SCHRAIBER, L. B. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2. ed.São Paulo.Hucitec; 2000.p.151-63.

DAVINI, M.C.; NERVI, L.; ROSCHKE M.A. **Capacitación del personal de los servicios de salud: proyectos relacionados con los procesos de reforma**

sectorial. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 3). Ecuador: OPS/OMS, 2002.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 29 Set. 2012.

DEJOURS, C. **A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade.** In: MENDES, A. M.; CRUZ LIMA, S. C; FACAS, E. (Orgs). **Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho.** (pp13-26). Brasília: Paralelo 15, 2007.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho.** São Paulo: Cortez, 1987.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo.** 9.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, C. Construindo um programa de educação agentes comunitários de saúde. **Interface**, Botucatu, v.11, n. 23, Set./Dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 Dez. 2012.

FARAH, B. F. **Educação permanente no processo de organização de serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório . experiência de Juiz de Fora- MG.** Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006.** Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. São Paulo, 2008.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde.** Tese [Doutorado]-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S. **Relatório de pesquisa "A Produção do Cuidado na Rede Básica".** 2012. Disponível em: <<http://www.ba.uesc.br/atencaosaude>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** In: MERHYEE, M. J. H. M. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.p.55-124.

FERNANDES, H. C. L. et al. Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde. **Rev Esc Enferm US**, v. 44, n. 3, p. 782-8, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/33.pdf>>. Acesso em: 10 Nov. 2012.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciencia e saúde coletiva**, Porto Alegre, v. 10, n. 2,

p. 347-355, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>. Acesso em: 01 Out. 2012.

FERREIRA, M. C.; BARROS, P. C. R. In: Compatibilidade Trabalho Prescrito -- Trabalho Real e Vivências de Prazer-Sofrimento dos Trabalhadores: Um Diálogo entre a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Alethéia**, Canoas, 2003. Disponível em: <http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1252861523.51-arquivo.pdf>. Acesso em: 06 Ago 2012.

FERREIRA, V. S. C. **Micropolítica do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS):** território de produção do cuidado e subjetividade. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/vitoria-solange-ferreira_micropolitica-processo-trabalho-acps.pdf. Acesso em 05 Out. 2012.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000400021. Acesso em: 05 Set. 2012.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000300008&script=sci_arttext. Acesso em: 10 Dez. 2012.

FILHO, S. B. S.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu, v.13, supl.1, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832009000500012&script=sci_arttext. Acesso em: 03 Nov. 2012.

FORTUNA et.al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, Mar./Abr. 2005. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200020. Acesso em: 10 Dez. 2012.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.p.217.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Educação e Mudança**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2000.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 30ª ed. Ri de janeiro: Paz e Terra, 2007.

GERMANO, R. M. et al. **Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade.** Disponível em: http://www.observeRH.org.br/observarh/repositorio/Repositorio_ObservaRH/NESC-RN/Capacitacao_equipes_PSF.pdf. Acesso em: 12 Nov. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5.ed.São Paulo:Atlas, 2010.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, Mar./Abr. 2005.

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T; STEFANELLI, M. C.Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev. Esc. Enferm..USP**, Ribeirão Preto, v. 40,n.1,p.105-110, 2006.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000100015> . Acesso em: 01 Dez. 2012.

GIRARDI, S. N., CARVALHO, C. L. **A regulamentação das profissões de saúde no Brasil.** 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/indice1.htm>>. Acesso em: 25 Out. 2012.

GOMES, K. O. et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400005>. Acesso em: 01 Set. 2012

GOMES, R. S. et al. **A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p.105-16.

HOLANDA, A. L. L.; BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G. **Reflexões acerca da atuação do acs mas ações de saúde bucal. 2009.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800024>. Acesso em: 10 Nov. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Localização da cidade.** 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431690>>. Acesso em: 11 Dez. 2012.

JÚNIOR, J. G. O. **Agentes comunitários de saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na estratégia de saúde da família.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. 2012.

KAFER, M.; SCHEID, S. B. Importância da educação continuada para os agentes comunitários de saúde: relato de experiência. **Educere et Educare revista de educação**, São Paulo, v .2, n. 3, p 261-267, Jan./Jun.2007. Disponível em: <http://e->

revista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/art_icle/view/668. Acesso em: 07 Out. 2012.

LABBATE, S. **Comunicação e educação: uma prática de saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.267-291.

LOPES, M. R.; DURÃO, A. V.; CARVALHO, V. **A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde**. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. (Orgs.). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011. p. 161-207.

MARX, K. **O Capital**. Crítica da economia política. 20ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700019>. Acesso em: 01 Dez. 2012

MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, S. B. Competências do agente comunitário de saúde junto à pessoa com deficiência: análise documental. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 485-90, Out/Dez 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a05.pdf>>. Acesso em: 02 Ago. 2012.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal, v. 57, n.5, p. 605-610, Set./Out. 2004.

MELO, T. M. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde em saúde auditiva: efetividade da videoconferência. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 22, n. 2, Abr./Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010456872010000200012>. Acesso em: 10 Dez. 2012.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.**, Distrito Federal, v.15, n.1-3, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931995000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 09 Set. 2012.

MENESES, P., ZERBINI, T., ABBAD, G. **Manual de treinamento organizacional**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 353-356, 2004. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NumeroAnterior&NumAnterior=23&Num=86&Idioma=pt-br&Esp=23>. Acesso em: 15 Out. 2012.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo;** 2. ed. Hucitec: São Paulo, 2005.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª. ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 2010.

MIRA, V. L. **Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo.** Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MORIN, E. O. **O conhecimento do conhecimento.** 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2000.

MOROSINI, M. V. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. 202 p.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: leitura e exercícios de treinamento em grupo.** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1985.

MOTTA, J. I. J. et al. Educação Permanente em Saúde. **Rede Unida. Olho Mágico,** Londrina (PR), v. 9, n. 1, p. 67-78, 2002.

NETO, W. H. B. et al. **Contra-regras do cenário da saúde: os agentes comunitários em foco.** Escola de Saúde Pública/ESP-RS.2. 2007. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/img2//LIVRO%20PARTE5.pdf>. Acesso em: 04 Set. 2012.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F.; RAMOS, Z. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis o agente comunitário de saúde. **Textos para discussão** n. 735, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 01 Set. 2012.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, p. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Gênero e qualidade de vida percebida-estudo com professores da área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17 n. 3, Mar.2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300021&script=sci_arttext. Acesso em: 30 Jun. 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, Fev. 2012/ Dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102012000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 25 Set. 2012.

PADILHA, A. N. et al. Experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Rev. bras. enferm.**, Distrito Federal, v. 60, n. 2, Mar./Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672007000200021&script=sci_arttext> Acesso em: 03 Nov. 2012

PEDROSO, V. G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.29, n.1, p.88-93, 2005. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_attext&pid=S1414-3283>. Acesso em: 01 Ago. 2012.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 05 Nov. 2012.

PEDUZZI, M. **O trabalho multiprofissional em saúde**: questões teóricas e conceituais. São Paulo: Fundap, 1999.

PEDUZZI, M. **Trabalho de equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.13, n.30, p.121-34, Jul./Set.2009. Acesso:02 de out.2012.

PERES, C. R. F. B. et al. Ser agente comunitário de saúde: motivação e significado. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 4, p. 559-565, Out./Dez. 2010. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4db582300901f.pdf>. Acesso em: 28 Ago. 2012.

POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342010000300015&script=sci_arttext> .Acesso em: 21 Ago. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA/SMS-SM. **Postos de Saúde**. 2012. Disponível em: < <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>>. Acesso em: 11 Dez. 2012.

QUATRIN, M. D. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Jul./Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462012000200005>. Acesso em: 01 Nov. 2012.

RESSEL, L. B et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-86, Out./Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>>. Acesso em: 02 Mai. 2012.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, Mar./ Abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em 12 Out. 2012.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família**. Natal, 2001. Observatório RH, NESC/UFRN. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br>. Acesso em: 02 Out. 2012

SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) . Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-08062009-114108/pt-br.php>>. Acesso em 19 Set. 2012.

SANTOS, I. E. R. **Estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde da cidade de Aracaju-Sergipe**. Dissertação (Mestrado-Saúde e Ambiente)- Universidade Tiradentes, Aracajú, 2011. Disponível em: <http://ww3.unit.br/mestrados/saude_ambiente/wpcontent/uploads/2012/04/Dissertacao-MSAItalodocx.pdf>. Acesso em: 08 Out. 2012.

SANTOS, I. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 52-7, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000100003>. Acesso em: 03 Nov. 2012.

SANTOS, P. T. **Avaliação da satisfação, da aprendizagem e impacto do curso introdutório à Estratégia Saúde da Família: um aporte metodológico**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2012.

SCHMIDEL, J. P. **Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção**. Dissertação (Mestrado de Enfermagem)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio

Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25664_schmideljpcm.pdf>. Acesso em: 30 Ago. 2012.

SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. F. S. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 225-240, 2010. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v13n2/v13n2a06.pdf>. Acesso em: 30 Jun. 2012.

SENA, R. R. et al. Projeto UNI: cenário de aprender, pensar e construir a interdisciplinaridade na prática pedagógica da enfermagem. **Interface**, Botucatu, v. 7, n.13, p.79-90, 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32. Acesso em: 01 Set. 2012.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x200500600031&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 Jan. 2012.

SILVA, J. A. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2001/sil001.pdf>>. Acesso em: 28 Ago. 2012.

SILVA, L. A. A. **Perspectivas de transcender na educação no trabalho: Tendências da enfermagem latino-americana.** 2007. 230 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2007.

SILVA, J. A. M. **Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na Atenção Básica:** concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista10/debates1.pdf>>. Acesso em: 03 Set. 2012.

SILVA, J. A. M. **Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica:** concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados. Dissertação (Mestrado em enfermagem)-Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem. São Paulo, 2009.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 09, n. 02, p. 389 - 401, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/pdf/v9n2a08.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2012.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 3, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472010000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 Set. 2012.

SILVA, T. L.; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface** (Botucatu), v.15, n. 38, Jul./Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011005000035>. Acesso em: 10 Dez. 2012.

SOLLA, J. J. S. P.; MEDINA, M. G.; DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde Debate**, Salvador, v. 51, p. 4-15, 1996.

STRUCHINER, M.; ROSCHCKE, M.; RICIARDI, R. M. V. Formação permanente, flexível e a distância pela internet: curso de gestão descentralizada de recursos humanos em saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, São Paulo, v. 11, n. 3, Mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892002000300004>. Acesso em: 01 Ago. 2012.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um %super-herói+. **Interface É Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.6 n.10, p. 84-87, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/08.pdf>>. Acesso em: 12 Set. 2012.

TEODÓSIO, S. S. C. S. et al. **A formação dos agentes comunitários de saúde: uma experiência em construção.** Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro de Ciências da Saúde Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Observatório RH NESC/UFRN. 2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESCRN/Formacao_ACS.pdf. Acesso em: 16 Out. 2012.

TRAD, L. A. B. Problematizando a interação entre profissionais de saúde e famílias no contexto do Programa de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 2, p. 103-106, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000109&pid=S0102-311X200200060001800011&lng=en>. Acesso em: 02 ago.2012

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

VIANA, A. D. et al. **Recursos humanos na AB, estratégias de qualificação e pólos de educação permanente no Estado de São Paulo.** Cadernos de Atenção

Básica: estudos avaliativos 4. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2008. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/gdc/docs/preventiva_2_ALUIZA-03-2008.pdf>. Acesso em: 02 Out. 2012.

VIEIRA, M. et al. (orgs). Para **Além da Comunidade: Trabalho e Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; 2011. p. 33 . 78. Disponível em: <www.fiocruz.br/media/livro_epsjv.pdf>. Acesso em: 04 de Out. 2012.

VILLA, E. A. **Pedagogia do cuidado: a relação de saberes e valores no trabalho do Programa Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Educação)- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de educação, 2008. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/HJPB7KNECH/pedagogia_do_cuidado.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 Out. 2012.

VILLAS BÔAS, L. M. F. M. **O saber/fazer da Enfermagem no Cotidiano do PSF na Perspectiva de Construção de sua autonomia: um estudo de caso no Distrito Sanitário Norte de Natal/RN**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFRN, Natal (RN), 2004.

VOGT, M. S. et al. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v.17, n. 2, 2012. Disponível em: <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/downloadSup>. Acesso em: 13 Out. 2012.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v.31, n. 2, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000200019> Acesso em: 29 Ago. 2012.

WOLECK, A. **O trabalho, a ocupação e o emprego: uma perspectiva histórica**. Instituto Catarinense de Pós Graduação. [s.d] Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudetrab/trabalho%20ocupa%E7%E3o.pdf>>. Acesso em: 14 Ago. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Projeto de Pesquisa: %A EDUCAÇÃO NO TRABALHO NA PERSPECTIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE+.

Pesquisadora Orientanda: Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi

Coordenadora da Pesquisa: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck;

Co-Orientação: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado (a) a participar do grupo focal de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

As sessões do grupo focal serão gravadas e as informações serão agrupadas de modo que não será identificado, uma vez que o (a) senhor (a) receberá a designação de ACS A ou ACS B. Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, A divulgação no meio científico se dará por meio de artigos científicos. Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº196/96 que trata sobre pesquisas em seres humanos. Sua participação é isenta de despesas e sua assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

A pesquisa não ocasionará riscos diretos à saúde dos sujeitos, contudo a temática em questão pode apresentar algum risco ligado à inquietude ou ansiedade para os participantes, ao remetê-los para a vivência do cotidiano no trabalho, durante a participação no estudo. Portanto, se ocorrer desconforto, alteração de comportamento ou sofrimento durante a o relato das vivências, os participantes do estudo serão acolhidos e encaminhados para o serviço de referência do município . Centro de Apoio Psicossocial (CAPs) Prado Veppo.

Como benefício acredita-se que este estudo poderá trazer contribuições a nível individual para os sujeitos do estudo, para os profissionais de saúde que trabalham junto aos ACS, também aos gestores municipais que implantam as

propostas educativas e ainda, para o processo de trabalho desenvolvido junto à rede de serviços de saúde, considerando que o estudo pode apontar estratégias para o fortalecimento da educação no trabalho de forma contínua, por meio de uma metodologia apropriada, uma vez que o estudo tem condições para apresentar as necessidades educativas no trabalho do ACS.

As informações serão utilizadas para execução do presente projeto, sendo ainda construído um banco de dados para essa e outras pesquisas. Somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1305B do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por um período de cinco (5) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto Prof.^a Dr.^a Carmem Lúcia Colomé Beck. As informações ficarão em um armário exclusivo para este fim e após o período de cinco anos serão destruídas sob a forma de incineração.

Ciente e de acordo com o que foi exposto, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Obs: Este documento consta de duas páginas e a primeira e a segunda página deverão ser rubricadas pelo informante, pesquisadora orientanda, pesquisadora orientadora e pesquisadora co-orientadora.

Santa Maria, ____ de ____ de 2012.

Assinatura do informante

Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi
Pesquisadora Orientanda

Carmem Lúcia Colomé Beck
Pesquisadora Orientadora

Teresinha Heck Weiller
Pesquisadora Co-orientadora

Para maiores informações:

Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi: fone (55) 96216611; e-mail: daiany_silveira@hotmail.com (autorizo a ligação a cobrar). Prof.^a. Dr.^a. Carmem L. C. Beck. Tel: (55)3220 8263; e-mail: carmembeck@smail.ufsm.br. Prof.^a. Dr.^a. Teresinha Heck Weiller. Tel. (55) 320.8263; e-mail weiller2@hotmail.com.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria . 7º andar .
Campus Universitário . 97105-900 . Santa Maria/RS - tel.: (55) 32209362 - email:
comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

INSTRUMENTO Nº:

- 1- ACS Integrante: () UCS-ESF () UCS
- 2- Sexo: () Feminino () Masculino
- 3- Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade:
- 4- Tempo de serviço como ACS: _____ anos _____ meses _____ dias
- 5- Motivo de ingressar na ocupação de ACS:
- 6- Qual atividade exercia antes de atuar como ACS?
- 7- Nível de formação:
- | | | |
|----------------------------------|--------------|----------------|
| () ensino fundamental | () completo | () incompleto |
| () ensino médio | () completo | () incompleto |
| () curso auxiliar de enfermagem | () completo | () incompleto |
| () curso técnico de enfermagem | () completo | () incompleto |
| () curso técnico (outros) | () completo | () incompleto |
| () nível superior | () completo | () incompleto |
- 8- Tempo de serviço como ACS
- () 1-5 anos
- () 6-10 anos
- () mais que 10 anos

APÊNDICE C

QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL

Data:

- 1- Fale do seu trabalho
- 2- Você foi preparado para trabalhar na saúde?
- 3- Quais as ações de educação no trabalho que foram e/ou são desenvolvidas?
- 4- Ocorrem ações de educação no trabalho? De que maneira? Quais foram os conteúdos desenvolvidos?
- 5- Como estas ações educativas influenciam na sua vida? E no trabalho diário?
- 6- Como vocês compreendem a educação no trabalho?
- 7- Como você considera que deveria ser sua educação no trabalho?

APÊNDICE D

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do projeto: A educação no trabalho sob a ótica do Agente Comunitário de Saúde+

Pesquisadora orientanda: Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi

Pesquisador responsável (Orientadora): Carmem Lúcia Colomé Beck

Co-Orientação. Teresinha Heck Weiller.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: 55 84064397 (Carmem Lúcia Colomé Beck); 55:91753602 (Teresinha Heck Weiller); 55 96216611 (Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi)

Local da coleta de dados: Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria-SMS/RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados cujos dados serão coletados por meio de grupo focal a ser realizado com os Agentes Comunitários da SMS/SM. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da professora orientadora da pesquisa Carmem Lúcia Colomé Beck, em um armário particular fechado para esse fim, na sala 1305 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria por um período de cinco anos, no qual constituirá um banco de dados. Após esse período, o material será destruído sob forma de incineração.

Santa Maria,dede 2012.

Carmem Lúcia Colomé Beck

RG: 3016441473

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO NEPeS



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
e-mail nepesm@yahoo.com.br – Fone (55) 3921-7201

OFÍCIO N.º 457/2011/SMS/NEPeS

Santa Maria, 17 de novembro de 2011.

Vimos por meio deste informar que esta Secretaria apresenta parecer favorável para o desenvolvimento do Projeto de pesquisa de Mestrado “A Educação no Trabalho sob a Ótica do Agente Comunitário de Saúde” vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, de autoria de Daisy Saldanha da Silveira Donaduzzi, sob orientação do prof. Dr. Carmen Lúcia Colomé Beck.

O referido projeto tem como objetivo compreender na perspectiva do ACS as ações de educação no trabalho. Os sujeitos de estudo serão os profissionais ACS do Município de Santa Maria, RS que participarem da técnica de grupo focal. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP assim como salientamos a necessidade de envio de relatório final das atividades desenvolvidas enviando-o a este setor bem como as Unidades de estudo.

Vale destacar que a Secretaria do Município de Saúde (SMS) não dispõe de carimbo de cada profissional que nela atua, sendo que nos documentos é colocado somente o carimbo da SMS. No entanto, a veracidade desse documento pode ser obtida junto ao profissional que o assina no endereço e/ou telefone que consta no final desta folha.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, desde já agradecemos.


Marlene Pivetta

Núcleo de Educação Permanente

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria do Município de Saúde
Núcleo de Educação Permanente de Saúde
Rua 1ª de Novembro, 1301

Ilma Enf.
Daisy Saldanha da Silveira Donaduzzi
Mestranda em Enfermagem
UFSM

ANEXO B

Carta de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p>
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: A educação no trabalho sob a ótica do agente comunitário de saúde
Número do processo: 23081.017017/2011-18
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0350.0.243.000-11
Pesquisador Responsável: Carmem Lúcia Colomé Beck.

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/ 2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 13/12/2011

Santa Maria, 15 de Dezembro de 2011.



Félix A. Antunes Soares
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
 Registro CONEP N. 243.