

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**VANESSA BALIEGO DE ANDRADE BARBOSA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
UMA PROPOSTA A SER CONSTRUÍDA**

**Botucatu**

**2008**

**VANESSA BALIEGO DE ANDRADE BARBOSA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
UMA PROPOSTA A SER CONSTRUÍDA**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu. Curso de Pós-graduação em enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Estadual Paulista - inserido na linha de pesquisa: Processo de cuidar em enfermagem

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

**Botucatu**

**2008**

## DEDICATÓRIA

A DEUS,

Toda a honra e toda a glória, por me capacitar, orientar  
e me permitir esta vitória.

***“Não tenhas sobre ti um só cuidado,  
Pois um seria muito para ti,  
É Meu, somente Meu, todo o trabalho,  
E o teu trabalho é descansar em Mim.”***

(Palavras do Senhor)

## AGRADECIMENTOS

Ao Marco meu amor, companheiro, incentivo, segurança, obrigado pela nossa família e pelos momentos felizes que vivemos e conquistamos juntos. Agradeço a Deus por ter você em minha vida.

Às minhas filhas, Laura e Luiza, razão de todo meu esforço e dedicação. Amo vocês.

Aos meus pais, que me deram o alicerce e o ensinamento moral, e sempre me apoiaram. Minha mãe, anjo, que com todo carinho e amor cuidou de minhas filhas nas ausências. Meu pai, companheiro que em nenhum momento mediu esforços para estar comigo durante as viagens a Botucatu.

Aos meus irmãos, Murilo e Luciana, que direta ou indiretamente, estiveram ao meu lado.

À D. Josephina pelos ensinamentos e apoio.

À minha amiga Luciane, pelo compartilhar, pela escuta, por dividir as angústias e as alegrias.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Lourdes da Silva M. Ferreira, orientadora que me conduziu nesta pesquisa e proporcionou meu aprendizado;

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Siqueira Júnior, pela acolhida e pela atenção.

## **AGRADECIMENTOS**

Às enfermeiras do Programa Saúde da Família, pela colaboração e incentivo.

À Dra. Marilda Siriani de Oliveira, pela oportunidade de trabalhar em sua equipe e me ensinar que é possível realizar um cuidado integral, equânime e universal;

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristina Capel, por ter participado intensamente da construção deste projeto;

À Prof.<sup>a</sup> Renata Rosa por me incentivar a trabalhar com a Educação Permanente;

À Prof.<sup>a</sup> Kátia que desde a graduação me acolheu e direcionou meus caminhos;

À amiga Fernanda, que sempre me incentivou a realizar o mestrado.

Às colegas Luciana Rocha e Tatiana pelos momentos alegres durante a realização das disciplinas;

Às amigas Érica e Edilaine pelo apoio e incentivo;

Às companheiras de equipe, Priscila, Alessandra e Elaine, pela compreensão em minhas ausências, sempre me apoiando e acolhendo minhas angústias;

À equipe da USF Vila Real pelos momentos que passamos juntos, despertando o desejo de crescer a cada dia;

Às equipes da USF Aeroporto e Jóquei Clube, pelo apoio;

A todos os outros familiares e amigos, pela compreensão e apoio;

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pela iniciativa;

À coordenação da Atenção Básica, Enf. Aurélia, pela oportunidade e compreensão com a liberação para conclusão deste trabalho;

Aos alunos da UPP pelo apoio e compreensão em minhas ausências;

Às bibliotecárias da Famema, em especial à Helena e à Elizabete, que pacientemente corrigiram as referências;

À Célia pela disponibilidade em revisar a formatação e imprimir o trabalho;

À Prof.<sup>a</sup> Izabel que pacientemente me ensinou a língua inglesa;

Aos professores do Mestrado Profissional pelo acolhimento e oportunidade.

Ao Departamento de Enfermagem – pela possibilidade de crescimento profissional.

À Prof.<sup>a</sup> Maria Derci que transformou as falhas da língua portuguesa em diversão e aprendizado e

À Célia, D. Antonia, Luciana e Cláudia, que durante esta trajetória cuidaram de minha casa e de minha família.

## **LISTA DE SIGLAS**

AIS – Ações Integradas de Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

DF – Distrito Federal

EP – Educação Permanente

ESF – Estratégia Saúde da Família

EPS – Educação Permanente em Saúde

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SIMPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SAMHPS – Sistema de Atendimento Médico e Hospitalar da Previdência Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde: em União com a Comunidade

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPP – Unidade de Práticas Profissionais

## LISTA DE QUADROS

QUADRO I - Categorias referentes à primeira questão norteadora: Como você trabalha com o processo de educação dos Agentes Comunitários de Saúde? .....	54
QUADRO II - Categorias referentes à segunda questão norteadora: Qual sua compreensão da política de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde? .....	55
QUADRO III - Passos do processo de ensino aprendizagem na pedagogia da problematização.....	63

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Rede de atendimento de Saúde do Município de Marília- SP.... 46

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família vem mostrando papel importante na consolidação do SUS. É necessária uma nova prática para o enfrentamento das necessidades de saúde da população. No sentido de qualificar o cuidado à saúde, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 648/2006, atribui ao enfermeiro a responsabilidade de supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS. A educação permanente se configura em uma ação estratégica para a aprendizagem coletiva a partir das práticas e do trabalho, oportunizando o diálogo e a cooperação entre os profissionais, serviços, gestão, atenção, formação e controle social, potencializando o enfrentamento e a resolução de problemas com qualidade. As formas de capacitar os ACS têm despertado interesse, por ser exigido deste profissional enfrentamento de conflitos que cotidianamente aparecem em função de sua carência de habilidades relacionadas à identificação das necessidades de saúde e dinâmica social da comunidade. Rever formas de capacitação para os ACS significa rever as concepções pedagógicas que compreendem a prática como mera aplicação do saber, numa visão dissociativa entre teoria e prática, entre o pensar e o fazer, reproduzindo a fragmentação do processo de trabalho. Assim, o presente trabalho tem como objetivo compreender a prática de educação utilizada pelos enfermeiros na capacitação dos ACS e apreender o conhecimento deles em relação à proposta pelo Ministério da Saúde, referente à política de Educação Permanente. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado na Estratégia de Saúde da Família no município de Marília. Para a obtenção das descrições os enfermeiros das unidades de Saúde da Família foram entrevistados e a técnica da análise de conteúdo, proposta por Bardin,<sup>(56)</sup> foi utilizada para a análise dos dados. Após a elaboração das categorias e unidades de significados, estabeleceram-se duas grandes temáticas: a organização do processo de educação nas unidades de saúde da família, e a parceria ensino-serviço: aproximação com a proposta de educação permanente. Os dados evidenciam, em sua maioria, uma capacitação tradicional, e o fato de não ser apenas o enfermeiro que realiza esta atividade, visto que os profissionais da equipe de referência também são responsáveis pela capacitação dos ACS. No que se refere à parceria ensino/serviço, mesmo os profissionais participando das atividades de EP na Famema, não utilizam ainda este referencial na capacitação dos profissionais do serviço. Com os resultados desta pesquisa propomos capacitações, oficinas, cursos sobre educação permanente para os profissionais da ESF, bem como rever a parceria ensino/serviço, a fim de se identificar quais as lacunas a serem preenchidas para que a EP se constitua como ferramenta de gestão local.

Palavras Chave: Saúde da Família, Educação em enfermagem, Agente Comunitário de Saúde.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy has been proving to hold an important role in consolidating Brazil's Unique Healthcare System. A new practice is necessary to face the population need for healthcare. Aiming at qualifying healthcare, the Ministry of Health, by means of ordinance 648/2006, entitles the nurse with responsibility for supervising, coordinating, and performing the community health agent (CHA) continuing education activities. Continuing education is laid upon a strategic action for collective learning from practices and work, providing opportunities for dialog and cooperation among professionals, services, management, attention, education, and social control, potentiating quality problem facing and solving. Forms of building capacities in CHA have gained interest due to the fact that the professional is required to face conflicts that frequently emerge and s/he lacks the abilities to identify healthcare necessities and social dynamics within the community. Reconsidering forms of educating CHA's means reconsidering pedagogical conceptions that understand practice as a simply use of knowledge, in a dissociative view between theory and practice, between thinking and doing, reproducing the fragmentation of the work process. Thus, the present study intends to comprehend the education practice used by nurses to build capacities in CHA's and apprehend their understanding of the Ministry of Health initiative in relation to continuing education. It is a qualitative study, performed within the Family Health Strategy (FHS) in Marilia, Brazil. In order to gather descriptions, nurses were interviewed, and Bardin's<sup>(56)</sup> content analysis technique was used to analyze the data. After preparing units and categories of meaning, two broad themes were defined: the organization of the education process in family health units, and the service-education partnership: an approximation to the continuing education (CE) initiative. Data evidence show, in general, some traditional capacity, along with the fact that not only does the nurse perform capacity-building activities, other reference teamwork colleagues are also responsible for educating CHA's. In relation to the service-education partnership, professionals do not use CE references in CHA capacity-building, although they participate in CE activities in Marilia Medical School (Famema). Based on the results of the research, we propose capacity-building activities, workshops, courses on continuing education for FHS professionals, as well as reconsidering the service-education partnership, in order to identify blanks to be filled-in so that CE is able to work as a local management tool.

Keywords: Family Health; Nursing Education; Community Health Agent.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 OBJETIVO .....	18
3 CAPÍTULO I – NECESSIDADES DE REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL.....	20
4 CAPÍTULO II - EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	33
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	42
5.1 Tipo de Estudo .....	43
5.1.1 Abordagem Qualitativa .....	43
5.2 Campo de Estudo .....	44
5.2.1 O Município de Marília .....	44
5.2.2 Rede de Atenção Básica .....	45
5.2.3 Parceria da S.M.S. com a Faculdade de Medicina de Marília .....	46
5.3 Sujeitos de Estudo.....	49
5.4 Considerações Éticas .....	50
5.5 Coleta de Dados .....	50
5.6 Análise dos Dados.....	51
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
I- Organização do processo de educação nas unidades de saúde da família.....	55
II- Parceria ensino Serviço: aproximação com a proposta da educação permanente .....	76
7 PARA REFLETIR SOBRE A NOSSA PRÁTICA .....	83
7.1 Considerações Finais .....	83
APÊNDICE A - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	87
APÊNDICE B – CODIFICAÇÃO .....	89
APÊNDICE C – CATEGORIZANDO O PROCESSO DE EDUCAÇÃO DOS ACS .....	120
APÊNDICE D – CATEGORIZANDO A COMPREENSÃO SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	132
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....	138
REFERÊNCIAS.....	140



O Programa Saúde da Família (PSF) vem se mostrando uma estratégia importante na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O cotidiano de trabalho no PSF evidencia muitos desafios e, dentre eles, a prática de capacitação dos profissionais de saúde em serviço tem chamado atenção especial, visto que o conhecimento, a atitude e a habilidade articulados realização de uma prática ética e socialmente comprometida constituem a base fundamental para o desenvolvimento de qualidade dos serviços prestados à população.

Trabalhar o processo de aprendizagem de diferentes profissionais torna-se um desafio, principalmente quando se considera que as pessoas têm diferentes pensamentos e valores agregados à sua história de vida, fato que deve ser reconhecido quando se pretende estabelecer mudanças, sejam elas relacionadas ao conhecimento, atitudes e/ou habilidades.

Dentro do atual contexto dos serviços de saúde, o Programa Saúde da Família – PSF vem constituindo uma estratégia para reorganização da atenção básica em substituição ao modelo tradicional, proporcionando, em um território definido, atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As ações desenvolvidas estão centradas na família e o trabalho estruturado a partir de uma Unidade de Saúde da Família (USF), em que fica sediada uma equipe multiprofissional com responsabilidade por determinada população a ela vinculada. Esta organização favorece o estabelecimento de vínculos e compreensão ampliada do processo saúde – doença, além da identificação das necessidades de saúde <sup>(1)</sup>, sua imagem - objetiva direciona-se, portanto à qualidade do cuidado.

Desta forma, o trabalho profissional necessita ser ressignificado, pois uma nova prática é exigida para o enfrentamento dos problemas da saúde da população. Esses problemas da realidade são complexos, requerendo várias habilidades e distintos profissionais de saúde para intervenção que proporcione a transformação da dinâmica de promoção à saúde. Torna-se, pois, necessária a organização em equipe do processo de trabalho, para que

se intervenha no processo saúde-doença por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação.

A equipe desse programa de saúde da família é composta por enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, agente comunitário de saúde e auxiliar de serviços gerais. Dentre estes profissionais destaca-se a figura de um ator considerado fundamental, o Agente Comunitário de Saúde - ACS. Esta relevância se deve ao fato de ser-lhe atribuído o significado de elo entre a equipe e a comunidade, entre outras atribuições definidas pelo Ministério da Saúde – MS <sup>(2)</sup>.

Este profissional se apresenta como um ator novo na equipe de saúde. A ser introduzido no PSF, participa de capacitações objetivando a superação de dificuldades e qualificação de sua prática em direção ao modelo proposto pelo SUS. A princípio, o treinamento introdutório inicia o processo de compreensão do trabalho a ser realizado <sup>(2)</sup>.

Desta forma, o ACS passa pelo processo de construção de identidade, em que são constatados conflitos relacionados a interpretações distintas, às relações de poder que estabelecem com os usuários do PSF, e às contradições entre as práticas de saúde a partir do referencial biomédico e as práticas de saúde particulares já existentes no local onde mora e trabalha, vivenciando assim dificuldades durante sua atuação <sup>(3)</sup>.

Uma preocupação constante é o fato de que os ACS devem orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e informar os membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades <sup>(3)</sup>. Considerando que os ACS têm tido cada vez mais dificuldades para o enfrentamento dos conflitos que cotidianamente aparecem em função da carência de habilidades relacionadas ao reconhecimento das necessidades de saúde, da dinâmica social da comunidade e das relações com os membros da equipe, acreditamos que esses profissionais necessitem construir conhecimentos que os auxiliem no processo de trabalho vivenciado diariamente.

Tendo como referencial a portaria do Ministério da Saúde <sup>(4)</sup> que aponta as atribuições do enfermeiro, destaca-se, dentre outras, a que refere ser o

enfermeiro o responsável por supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem.

A respeito da educação do ACS podem, então, ser colocadas as seguintes questões:

- O que o enfermeiro faz no que se refere à educação dos ACS?
- Como ele realiza esta prática?
- O Enfermeiro conhece a política nacional de educação permanente?

Nessa perspectiva, a educação permanente se configura como uma ação estratégica para a aprendizagem coletiva a partir das práticas e do trabalho, oportunizando o diálogo e a cooperação entre os profissionais, serviços, gestão, atenção, formação e controle social potencializando o enfrentamento e a resolução de problemas com qualidade <sup>(5)</sup>.

Hoje a proposta de Educação Permanente (EP) ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde, no que se refere à participação ou à realização em sua equipe. O desconhecimento do método utilizado (metodologia ativa de ensino aprendizagem) demonstra ser um dos empecilhos encontrados dentre outros. Desse modo, o investimento dos gestores nessa proposta mostra-se bastante importante, visto, pelas atribuições do Ministério da Saúde, os profissionais devem realizar com sua equipe esta prática para consolidação da estratégia saúde da família.

Cabe, portanto, à enfermeira do PSF a responsabilidade da realização da educação permanente com os ACS e equipe de enfermagem, com o objetivo de propiciar a estes profissionais ferramentas que os auxiliem durante sua prática diária.

Considerando o processo histórico do desenvolvimento da assistência de enfermagem, vê-se que, com o surgimento do modo de produção capitalista, a organização do processo de trabalho em saúde está voltado para uma concepção de saúde pautado na doença, no cuidado do corpo doente. Isso faz com que o modelo clínico de atenção se estruture na relação médico-paciente, instalando a divisão da enfermagem dentro da saúde coletiva. Cabem, então, a este profissional a supervisão, o treinamento, o controle e a coordenação do pessoal de enfermagem.<sup>(6)</sup>

Como a organização do trabalho visa à proteção da saúde e ao controle do processo saúde doença na coletividade, o enfermeiro foi designado para atuar na Vigilância Epidemiológica, nas reuniões de grupos com a comunidade bem como nas atividades educativas e de supervisão de visitas domiciliares <sup>(6)</sup>.

Em sua formação, a prática do enfermeiro predomina na administração dos serviços em detrimento da atividade assistencial. Este predomínio se estabelece devido às disciplinas de Administração Hospitalar e Serviço Administrativo Hospitalar, bem como aos métodos e estratégia de gestão tradicional, que são oriundos da teoria clássica da administração, modelo determinado por fatores sociais, culturais e econômicos. <sup>(7,8)</sup>

Estas influências se refletem também na organização dos currículos de graduação da enfermagem que foram estruturados na metodologia tradicional, o que interfere na condução dos processos educativos que o profissional enfermeiro deve desenvolver com sua equipe e revela muitas vezes dificuldades na execução das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Portanto, para responder a estas inquietações, faz-se necessário entendermos como o processo de atenção à saúde vem se organizando, uma vez que hoje são exigidas dos profissionais novas formas de atuação e capacitação com o objetivo de identificar as necessidades vindas da população atendida. Discorrer a reorganização do modelo de atenção bem como as propostas de educação é, portanto, fundamental necessidade.



- 1- Compreender a prática de educação utilizada pelos enfermeiros junto aos agentes comunitários que atuam nas Unidades de Saúde da Família.
- 2- Apreender o entendimento dos enfermeiros sobre a Política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde.

**3 - CAPÍTULO I – NECESSIDADE DE REORIENTAÇÃO DO  
MODELO ASSISTENCIAL**

Com a descoberta dos microorganismos causadores das doenças, a medicina tem grande desenvolvimento e organiza sua prática voltada para o saber científico, estimulando a especialização, tornando os médicos os detentores do saber e a assistência à saúde resumida a consultas e procedimentos que valorizam a medicalização como a principal ação no desenvolvimento do tratamento. Naquele momento, a população busca um atendimento voltado para a identificação de sinais e sintomas de doenças e cada vez mais se usam recursos tecnológicos para auxílio diagnóstico, visando à cura e ao controle das doenças transmissíveis<sup>(9)</sup>

O sistema de saúde brasileiro inicia sua formação nas décadas de 20 a 60, predominando o modelo do sanitarismo campanhista entendido como um sistema de intervenções sanitárias para combater doenças transmissíveis. Este modelo foi estruturado priorizando o cuidado individual devido às necessidades de uma economia agro-exportadora.<sup>(10)</sup>

Na segunda metade do século passado, surge uma economia com o eixo urbano, substituindo as importações. Isso se reflete na atenção à saúde, em que os serviços de saúde passam a ser estruturados focando a atenção aos indivíduos com empregos formais. Surge desta forma, o modelo médico assistencial privatista.<sup>(10)</sup>

Após o modelo sanitarista campanhista, surge a Previdência Social com o objetivo de obter contribuição dos profissionais de forma obrigatória. É o momento em que se dá o início da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e, posteriormente, dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)<sup>(11)</sup>.

Com a vinda da industrialização acelerada, a massa operária desloca-se para os grandes centros e necessitam do atendimento dos serviços de saúde, em função das demandas de doenças e em decorrência da urbanização e dos seus mecanismos de trabalho. Este cenário exige estruturação para constituir um complexo médico industrial, surgindo deste movimento a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Neste período surge, então, a criação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS), Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Sistema Nacional de Previdência e

Assistência Social (SIMPAS), e também o Sistema de Atendimento Médico e Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).<sup>(11)</sup>

Neste momento começa uma reflexão sobre as práticas de saúde, atreladas ao movimento em que a sociedade e os homens se organizam, e as necessidades que demandam.

Na década de 80, uma crise na Previdência Social, leva a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), tendo como principal objetivo integrar ações curativas, preventivas e educativas para o setor público. Estas ações, dentro das unidades básicas de saúde, incorporam-se às características da atenção médica do INAMPS. Em 1987, as AIS constituem o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).<sup>(10)</sup>

Este modelo de atenção, entretanto, mostrou-se ineficaz, pois se baseava num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para uma parcela da população que tinha condição financeira de contribuir com o sistema, não beneficiando a população como um todo, sem a preocupação de investir em saúde preventiva. Àquele indivíduo que não tinha emprego e não tinha dinheiro para pagar pelos serviços de saúde, restava ser atendido gratuitamente em alguns hospitais filantrópicos, que também recebiam ajuda do governo. Com a nova Constituição da República, no final da década de 1980, tem início a reforma do estado brasileiro, introduzindo fortemente a noção de direito a saúde de forma universal e integral.<sup>(12,11)</sup>

Vale considerar que, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata no ano de 1978, foi estabelecido o alcance da meta saúde para todos no ano 2000. Os governos deveriam formular estratégias que modelassem os seus sistemas nacionais de saúde e promover a implementação da atenção primária, por intermédio de programas e serviços essenciais, a ampliação da cobertura e do acesso e a estruturação de um sistema de referência e participação comunitária. Os programas passam então a ser definidos como tecnologias ofertadas para a difusão de uma determinada técnica considerada como de grande eficácia.

<sup>(13)</sup>

É neste cenário que acontece a construção do modelo de vigilância à saúde definido como intervenção nos danos e riscos causados à saúde, voltado para a organização dos serviços alicerçados em três pilares: território, problema e a intersectorialidade. O conceito de saúde também é rediscutido e se apresenta como “estado de pleno bem-estar físico, mental e social.”<sup>(13)</sup>

A partir de então, esforços são direcionados às transformações políticas brasileiras. É apresentado, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, um modelo de sistema de saúde com princípios e diretrizes estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde 8.080, a saber - universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização.

A carta de Ottawa, realizada na Primeira Conferência Internacional de Promoção à Saúde de 1986, configura-se como alavanca para se pensar em saúde por ação coletiva, na transformação política, social e ambiental. A busca de novos modelos de assistência à saúde decorre do momento histórico social, em que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não consegue atender às demandas do mundo moderno e, conseqüentemente, a identificação das necessidades de saúde das pessoas não é atendida de forma a buscar a integralidade da assistência.<sup>(14)</sup>

Somente com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, e com a Lei 8.142 que trata da participação e controle social, consegue-se montar o arcabouço jurídico-legal para a real implantação do Sistema Único de Saúde – SUS. No entanto, a organização dos serviços de saúde continua sendo centrada no saber médico, com ações fragmentadas, sendo as unidades de saúde muitas vezes implantadas em locais de difícil acesso à população. O projeto de construção de um novo olhar para saúde se configura, então, a partir da transição das organizações dos serviços entre a prática centralizadora e a proposta de descentralização.

Em decorrência dessa organização, os profissionais desenvolvem um cuidado a saúde da população que tem dificultado a concretização da proposta do SUS, em que se vivencia nos serviços de saúde uma atenção desumanizada e descomprometida com o usuário. Estes problemas constituem-se em movimentos históricos em nosso país e são, de um lado,

reflexos da crise do estado brasileiro e, de outro, expressão localizada de crise universal do paradigma flexneriano da atenção médica. <sup>(15)</sup>

Na década de 90, o setor saúde sofre com a crise política e, conseqüentemente não há financiamento suficiente para reorganizar a saúde segundo as diretrizes propostas. A NOB-SUS/96, um marco relevante na operacionalização do SUS, apresenta condições de gestão diferenciada para cada município: a gestão Plena em Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal de Saúde, estabelecendo diretrizes voltadas para o processo de regionalização da assistência, fortalecimento da capacidade gestora do sistema e ampliação dos critérios de habilitação de estados e municípios. <sup>(13)</sup>

Buscando reorientar as estratégias e os modos de cuidar, o Ministério da Saúde implanta, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para focalizar a realidade da população a fim de se propor uma intervenção mais adequada. <sup>(16)</sup> Tinha ainda como objetivo reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente no Norte e Nordeste do país, região onde o acesso à saúde das populações mais carentes era no momento a prioridade.

O PACS constitui-se, então, em um programa cujos princípios indutores são a vinculação do indivíduo e da família com as Unidades de Saúde. Como os resultados positivos mostraram um impacto na redução da mortalidade infantil, houve pressão para ampliar o investimento neste trabalho <sup>(2)</sup>. O PACS é apresentado como um programa antecessor do PSF, devido a variáveis importantes que introduz seu enfoque na família e não apenas no indivíduo. A visão ativa da intervenção em saúde, sem esperar a demanda chegar para intervir, mas agir sobre ela preventivamente constitui um instrumento forte para a reorganização da demanda. <sup>(17)</sup> Outro elemento importante é a concepção de integração com a comunidade e um enfoque menos reducionista da saúde.

Duas questões são discutidas no processo de implantação do PACS: a escolha do agente e as condições de gestão da saúde local. <sup>(17)</sup> A escolha do agente é uma questão interessante a ser discutida, pois deve ser realizado um processo seletivo para que se consiga, por meio de entrevista,

identificar aquele com perfil e envolvimento com a comunidade. Para a aprovação do programa, o município deve ter um Conselho Municipal de Saúde ativo.

A inserção deste profissional nas unidades básicas, embora tenha apresentado êxito nos indicadores de saúde, torna-se um desafio uma vez que mudar práticas de saúde, organizar a comunidade, realizar atividades educativas, sem uma equipe que apóie esses objetivos e compartilhe-os com o ACS, acaba por dificultar cada vez mais a construção de um novo conceito de atenção à saúde.<sup>(14)</sup>

A busca deste novo modelo tem início numa reunião em Brasília, (DF) em 27 e 28 de dezembro de 1993, cujo foco de discussão foi o tema “Saúde da Família”. Esta discussão se deu em decorrência de resultados alcançados pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que, apresentaram indicadores como redução da taxa de mortalidade infantil, cobertura de pré-natal, melhora da cobertura do aleitamento materno exclusivo, diminuição da mortalidade por diarreia e aumento da cobertura vacinal, dentre outros.<sup>(14)</sup>

A incorporação de outros profissionais no trabalho junto ao ACS fez-se necessária a fim de que os agentes pudessem ser apoiados por profissionais envolvidos no processo de trabalho e com a comunidade. Procura-se, desta forma, o não isolamento no que se refere às ações delegadas e descritas para sua competência, tendo como objetivo a identificação das necessidades de saúde da população. Assim cabe ao enfermeiro, como um desses atores, realizar a supervisão, educação permanente, planejamento das ações e qualificação do processo de trabalho do ACS.<sup>(14)</sup>

O primeiro passo para o processo de discussão sobre a consolidação de uma equipe multiprofissional é dado a partir da incorporação do enfermeiro como supervisor no processo de trabalho de ACS.<sup>(17)</sup>

No que se refere às questões financeiras, em 1995 o programa Saúde da Família era coordenado pela Fundação Nacional de Saúde que tinha como responsabilidade a função de gerenciar três programas - o de agente comunitário, o da saúde da família e o da interiorização do SUS. Um dos seus desafios, a forma de repasse financeiro, apresentava-se como limite

para a implantação deste programa. Após sua transferência para a Secretaria de Assistência à Saúde, pelo então Ministro Adib Jatene, dá-se início às discussões dos repasses financeiros e às remunerações dos profissionais, tentando desta forma a adequação deste insumo. Neste momento, o programa ganha o seu caráter de reestruturante dos serviços, passando, então, a ser uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, contribuindo claramente para a nova organização do SUS.  
(17)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta as bases seguintes para a implantação e funcionamento: os princípios que a sustentam; os campos de atuação da saúde da família e as diretrizes para o trabalho.

Os princípios são:

1- *Caráter substitutivo*: este princípio propõe a substituição das práticas tradicionais centradas na doença para uma assistência comprometida, enfocando a prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida com resolubilidade;

2 - *Integralidade e Intersetorialidade*: espera-se que as equipes de saúde da família (ESF) identifiquem as necessidades de saúde da população, que as unidades estejam vinculadas à rede de serviço, assegurando a referência e contra-referência para outros níveis de atenção e que a coordenação e as equipes de saúde busquem outros setores sociais a fim de garantir a complementariedade das ações;

3- *Territorialização*: cada equipe de saúde da família deverá trabalhar em uma área adscrita, realizando o levantamento epidemiológico e social, o cadastramento e acompanhamento das famílias. O território é dividido em micro-áreas de responsabilidade de cada ACS, em que a equipe irá identificar as necessidades de cada área;

4 - *Equipe Multiprofissional*: cada equipe deve ser constituída por um médico, um enfermeiro, um dentista, um ou dois auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, quatro a seis agentes comunitários de saúde; outros profissionais como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeuta e assistente social podem ser incorporados na equipe de acordo com a necessidade e possibilidade do gestor. Na abordagem dos problemas e

necessidades de saúde, a organização do processo de trabalho deve ser articulada pela equipe considerando o contexto individual, familiar e coletivo e, além disso, as relações entre os profissionais devem ser articuladas desenvolvendo habilidades e mudança de atitudes;

5 - *Responsabilização e Vínculo*: cada equipe é responsável por sua área de abrangência identificando as necessidades e contribuindo para melhoria da qualidade de vida, favorecendo a construção de redes cooperativas e autonomia do usuário e dos grupos sociais.

6 - *Estímulo à participação da comunidade e ao controle social*: cada equipe deve trabalhar com seus usuários a fim de mostrar e direcionar caminhos para participação social, favorecendo o trabalho em parceria e refletindo na melhoria da qualidade de vida <sup>(1)</sup>.

Quanto aos campos de atuação da saúde da família:

1- *Promoção da saúde*: consiste em abordar com os usuários ações para que alcancem condição de melhorar a saúde e exercer sua autonomia, entendendo esta como não apenas ausência de doença, mas incluindo aspectos como paz, proteção, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, justiça e equidade social.

2- *Prevenção de doenças e agravos*: ressalta-se a redução dos fatores de risco em indivíduos e grupos sociais, são enfatizadas ações de prevenção primária por meio da promoção à saúde, evitando o aparecimento de doenças e intervindo nos fatores de risco, e na área de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

3- *Assistência e tratamento*: relaciona-se à identificação precoce da doença, à percepção de seu caráter resolutivo, adequando um projeto terapêutico e realizando medidas de tratamento individual, familiar e coletivo quando necessário. Para isso a equipe deve ter acesso a condições de trabalho que garantam a qualidade do atendimento, bem como a garantia de referência aos demais níveis do sistema.

4- *Reabilitação da saúde*: tem como pressuposto restabelecer o processo de adoecimento. Essas ações requerem o estreito envolvimento da família e de condições domiciliares para alcance de melhores resultados

nessa dimensão do cuidado, bem como garantia de acesso a serviços especializados quando necessário <sup>(1)</sup>.

Diretrizes para o trabalho das Equipes:

1. Realizar o diagnóstico de saúde de sua área de atuação, o que significa conhecer os aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos. Realizar o cadastramento de sua área, bem como manter os dados atualizados.
2. Elaborar plano de saúde local, a partir do diagnóstico da área, para organizar o serviço com a participação da comunidade;
3. Realizar vigilância em saúde, priorizando o cuidado dos pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, doenças crônicas não transmissíveis, a fim de realizar o controle destas. <sup>(1)</sup>
4. Prestar assistência integral buscando dimensionar fatores de risco à saúde, a execução de ações preventivas, e também responder, de forma contínua e racionalizada, à demanda; <sup>(18)</sup>
5. Organizar os serviços e as ações de saúde voltados para promoção da saúde. Define-se como uma combinação de apoio educacional e ambiental que visa a atingir ações e condições de vida que possam melhorar a saúde, bem como o atendimento familiar, valorizando a relação com o usuário; <sup>(19)</sup>
6. Realizar atividades de educação da população através de grupos comunitários, sempre com o objetivo de melhoria da saúde e qualidade de vida;
7. Atuar conjuntamente com organizações comunitárias formais e informais, no que se refere à solução de problemas, promovendo ações intersetoriais, enfocando os temas cidadania, direito à saúde e suas bases legais;
8. Fortalecer o controle social, motivando a população a participar dos fóruns de discussão como Conselho Local de Saúde e Municipal. <sup>(1)</sup>

A atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se em um grande desafio, pois a população, acostumada com o modelo curativo, em que o valor para as tecnologias duras (aparelhos

diagnósticos, exames laboratoriais, instrumentais e afins) <sup>(20)</sup> sempre foi prioritário, desacreditadas no atendimento das redes de atenção básica, pela baixa resolutividade. Muitas vezes, depara-se com a dificuldade de o paciente não aceitar o plano terapêutico proposto que, em sua maioria, não necessita de medicalização. Nesta perspectiva, dificilmente encontramos profissionais com perfil para realizar este enfrentamento e conseqüentemente desenvolver suas atribuições.

Para atuação destes profissionais, o Ministério da Saúde propõe as atribuições comuns da equipe bem como de cada um de seus membros. Faz-se necessário, portanto, pontuar as atribuições do enfermeiro, devido ao fato de ser este o responsável pela educação permanente dos ACS.

Aos enfermeiros cabe <sup>(4)</sup>:

- 1- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência idade adulta e terceira idade;
- 2- Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- 3- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- 4- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- 5- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- 6- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Além das atribuições dos enfermeiros, as do ACS, profissional que também atua nesta unidade, vêm merecendo atenção especial. Por exercer um papel fundamental nesta estratégia e ser um indivíduo da própria comunidade, vivencia os problemas sociais, os costumes, a falta de acesso aos serviços, a miséria e as necessidades específicas desta população, ele vem se tornando o “elo entre a comunidade e os serviços.” <sup>(16)</sup>

O ACS atua em duas áreas, a área técnica e a política. Na área técnica, espera-se que o ACS identifique [necessidades de saúde

relacionadas aos agravos, ao trabalho com a prevenção e promoção da saúde] e faça o acompanhamento de grupos prioritários.

Na área política, o ACS deverá promover a organização da comunidade para garantir cidadania, inclusão social, conhecimento dos direitos e deveres, além de inserção no mercado de trabalho. <sup>(21)</sup>

Estudos <sup>(21), (22), (23)</sup> evidenciam que o ACS ainda não dispõe de conhecimento e habilidades suficientes para lidar com as dimensões propostas para seu trabalho, ou seja, há deficiência no enfrentamento das relações familiares dos usuários como a não aceitação dos projetos terapêuticos por parte dos usuários quando orientados pelos ACS e falta de confiança no processo de orientação aos familiares fazendo com que ele atue, no seu dia-a-dia, com os problemas e dificuldades a partir de seu senso comum, com sua experiência de vida e com os saberes de sua família e comunidade.

O ACS vivencia situações em que a área da saúde não sabe ao certo quais atitudes ou instrumentos adequados utilizar. Elas se referem à abordagem familiar e a situações de vida precárias que determinam as condições de saúde, e principalmente como enfrentar a desigualdade social e a organização desta comunidade para exercer a cidadania. <sup>(24)</sup>

O agente comunitário de saúde se vê como o educador para a saúde, organizador de acesso e olheiro da equipe na captação de necessidades, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para a intervenção da equipe. <sup>(21)</sup>

As atribuições do ACS são: <sup>(4)</sup>

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº44/GM, de 03 de janeiro de 2002.

Isso demonstra que o papel do ACS é complexo e desafiador. Nesta complexidade, a integralidade se apresenta como fator importante na busca da melhoria da assistência. Convém ressaltar que aqui se entende integralidade sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – em que se constrói a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – em que se garante a integralidade das ações na rede de serviços). Nesses planos, os aspectos subjetivos e objetivos devem ser considerados. <sup>(25)</sup>

É um grande desafio integrar partes de um organismo vivo, fragmentado e objetivado pelo olhar reducionista da biomedicina e reconhecer nele um sujeito semelhante a mim mesmo. <sup>(18)</sup> Ao Agente comunitário é atribuída esta difícil função de ver o outro com o olhar ampliado e identificar quais são suas dificuldades de acesso ao serviço de saúde. O princípio da integralidade é exercido por meio desse olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro. <sup>(26)</sup>

O ACS é o profissional mais próximo da população, pois todos os dias sua atividade é ir ao encontro dos usuários estabelecendo contato, adentrando em suas casas e vendo seu modo de viver a vida. Atuar na perspectiva da integralidade significa levar em conta, além do conhecimento sobre as doenças, o conhecimento sobre os modos de “andar a vida” daqueles que são cuidados. <sup>(26)</sup>

Este profissional deve ser, portanto qualificado, tanto na formação quanto nos empregos e carreiras. Essa qualificação centra a análise no

homem, não como fenômeno técnico individualizado, mas como valor social e diferencial dos trabalhadores. <sup>(27)</sup>

A qualificação pode ser considerada em três dimensões: conceitual, social e experimental<sup>1</sup>. A dimensão conceitual refere-se à função do registro de conceitos teóricos e formalizados. A dimensão social coloca a qualificação no âmbito das relações sociais, entre os conteúdos e as classificações hierárquicas e também as regras e direitos relativos ao exercício profissional construído coletivamente. Por fim, a dimensão experimental vem ao encontro com a proposta do Ministério da Saúde para que seja aplicada aos profissionais de saúde e está relacionada ao conteúdo real do trabalho, em que se inscrevem não somente os conceitos, mas o conjunto de saberes postos em jogo quando da realização prática. <sup>(27)</sup>

Para que a Estratégia Saúde da Família possa dar conta da proposta de reorientação do modelo hegemônico faz-se necessário que as reflexões aconteçam a partir das experiências da prática profissional, tendo como objetivo a mobilização do potencial social, político e ético. Estuda-se cientificamente para agir politicamente como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção histórica de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão. <sup>(28)</sup>

---

<sup>1</sup> Schwartz Y. De La "Qualification à La "Compétence". Educação Permanente, 1995, nº 123, p. 125-138.



Neste momento, revêem-se as concepções de educação e um pouco da história dos modelos pedagógicos que fundamentam as propostas e refletem sua influência até hoje. Temos a oportunidade de reconhecer essas propostas educativas e, a partir de nossas concepções sócio culturais, aplicá-las ou não em nossa prática.

Paulo Freire inicia sua reflexão sobre a educação, ressaltando que o homem, por ser finito, limitado e inconcluso, vive ininterruptamente em busca e em processo. Refere ainda que a educação é um processo dialogal, em que ninguém educa ninguém, uma vez que o processo educativo se estabelece pelo diálogo e a relação entre educador e educando acontece de forma a não haver um elemento mais importante que o outro. <sup>(29)</sup>

A educação é entendida como o processo de encontrar dentro da pessoa o que nela já existe, ou expor o que está dentro dela. <sup>(30)</sup>

As relações durante o processo educativo necessitam ser construídas partindo-se do princípio de que todos possuem um conhecimento advindo da sua vivência anterior, considerando a sua inserção cultural na comunidade, bem como de sua forma de viver e se organizar, não sendo os indivíduos considerados como “caixas vazias,” cada um sempre tem algo a contribuir na construção do conhecimento. <sup>(5)</sup>

O processo de reflexão caracteriza-se como de fundamental importância visto que não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, na ação-reflexão. Somente o diálogo contribui para um pensar crítico, e é capaz também de gerá-lo; sem ele não há comunicação e sem esta não há a verdadeira educação. <sup>(31)</sup> A educação crítica é, pois, uma forma de intervenção no mundo. Como são necessários momentos para a construção do conhecimento, o autor enfatiza que, *nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo.* <sup>(32)</sup>

Temos que uma formação holística e integrada da pessoa não finda na informação, nem no conhecimento, mas vai para além deles para atingir a sabedoria. <sup>(33)</sup>

Existe hoje necessidade em articular as diversidades culturais em nossos estudantes, devido à economia globalizada e às alianças com os países de língua espanhola e portuguesa. Também é preciso reconhecer a necessidade de trabalhar com as diferenças e não camuflá-las, aceitar que para que se conhecer é preciso conhecer o outro.<sup>(34)</sup> Esta reflexão se faz presente na realidade quando se exige a organização do trabalho em equipe, situação cujo sucesso depende do imprescindível reconhecimento do outro nas relações diárias.

Para se entender a complexidade de atenção na lógica educacional, faz-se necessário lembrar a influência histórica que a educação recebe. É possível afirmar que a educação sempre foi influenciada pela história, pois, logo após a revolução francesa, a burguesia se posiciona contra a nobreza e reivindica princípios e direitos da filosofia liberal, a saber: individualidade, igualdade, liberdade, fraternidade, propriedade e democracia, os quais também são organizados nos sistemas nacionais de ensino, resultando o modelo pedagógico chamado Escola Tradicional.

O modelo da Escola Tradicional está centrado no professor e no domínio de conteúdos acumulados pela humanidade. Ao aluno cabe assimilar os conhecimentos que lhes são transmitidos. O processo ensino aprendizagem é todo explicitado, estruturado, em normas, regras e hierarquias. O eixo da gestão pedagógica está centrado no intelecto, valorizando o esforço pessoal, a disciplina, o professor, o conhecimento e a meritocracia.<sup>(30)</sup>

Este modelo pedagógico (Escola Tradicional) influencia nossa educação até os dias de hoje: deixa marcadas as relações de poder, o processo de reflexão fica dificultado e as atividades educativas continuam organizadas por conteúdos.

No entanto, contrapondo-se à metodologia da escola tradicional, outros modelos pedagógicos surgem como a pedagogia nova, que teve suas origens no final do século XIX, transferindo o centro do processo educativo para a existência do estudante, considerando o adulto como um ser inacabado, em permanente processo de construção. A pedagogia tecnicista surge no século XX, após a derrota americana frente à tecnologia espacial

dos russos. O objetivo então é orientado pelo princípio da eficiência, produtividade e racionalização, com intuito de formar um homem eficiente e competente. A organização se dá em processos burocráticos, permeados de tecnologias, planos de ensino operacionais e especializações de inúmeras funções. Percebendo a necessidade em compreender a educação a partir dos condicionantes sociais, surgem em nosso país as pedagogias que irão criticar o modelo proposto. <sup>(30)</sup>

As três pedagogias propostas são:

**Pedagogia Libertadora** tem um caráter essencialmente político, pois postula que todo conteúdo deve emergir do saber popular e daí partir para maior aprofundamento. Os conteúdos de ensino são denominados temas geradores e extraídos da problematização concreta da realidade de vida dos educandos. O método privilegiado é a relação de autêntico diálogo, através de grupos de discussão que recebem a denominação de círculo de cultura e cujo princípio básico é a afirmação de que o “educador educa o educando e o educando educa o educador”.

**Pedagogia Libertária** surge como crítica ao modelo burocrático,..., tem seu ponto de partida no coletivismo e não no individualismo. Materiais e conteúdos não são exigidos, mas colocados à disposição do grupo que desenvolve sua auto gestão. Como método de ensino, prioriza a vivência grupal. Os passos do processo de autonomia do grupo incluem relacionamento humano visando à integração dos componentes; organização do grupo; afastamento dos componentes do grupo que não se adaptarem; e execução do trabalho.

**Pedagogia Progressista** está empenhada em que a escola funcione bem. Está interessada em métodos de ensino eficazes, que se situarão para além dos métodos tradicionais e novo, que estimulem a atividade dos alunos, sem abrir mão da iniciativa do professor. Enfatiza o diálogo dos alunos entre si e com o professor, mas sem deixar de valorizar o diálogo com a cultura historicamente acumulada. <sup>(30)</sup>

Existe um reconhecimento internacional da necessidade de mudanças no processo ensino aprendizagem dos profissionais de saúde, diante da inadequação do aparelho formador, para responder às demandas advindas do mundo moderno. As instituições têm sido estimuladas a voltar seu ensino para as diretrizes do SUS, aliando a qualidade da assistência à eficiência e à relevância do trabalho em saúde. <sup>(35)</sup>

Diante da reflexão sobre novas propostas no processo de ensino, uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil é tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do

trabalho. <sup>(36)</sup> De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a qualidade de atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologia para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva. <sup>(37)</sup>

Torna-se, assim, crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construção do cotidiano por eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. <sup>(38)</sup>

Em vista disso, acreditamos ser necessária a reflexão sobre competência. Entendemos competência como princípio ordenador que, mediante um olhar aguçado pela teoria, incida sobre os documentos oficiais que regulam a reforma a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. O Decreto nº. 2.208/97 chama a atenção para os atributos subjetivos mobilizados no trabalho, sob a forma de capacidades cognitivas, sócio-afetivas e psicomotoras. <sup>(27)</sup>

Sendo o ACS membro da equipe de saúde, são exigidas desse trabalhador novas competências que impliquem, cada vez menos, trabalho manual e, cada vez mais, manipulação simbólica. Faz-se necessária a capacidade de ele resolver problemas e tomar decisões, intervir no processo de trabalho, trabalhar em equipe e se auto-organizar para enfrentar constantes mudanças. <sup>(39)</sup>

A competência está, pois, relacionada à autonomia do trabalhador contemporâneo diante da instabilidade do mundo do trabalho e das mudanças nas relações de produção. O agir competente, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação do Profissional de Nível Técnico, realiza-se pela capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimento e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. <sup>(41)</sup>

No modelo de competência, a aprendizagem é orientada para a ação e a sua avaliação pautada nos resultados observáveis. <sup>(40)</sup> Trata-se de um modelo de atenção voltado para a vigilância à saúde e pressupõe que os trabalhadores incorporem novos elementos à sua prática e aos seus

conceitos, visto que têm desenvolvido sua atividade de maneira insuficiente ou insatisfatória para atender aos desafios do trabalho. <sup>(5)</sup> Para que os profissionais de saúde possam exercer as atribuições propostas no exercício de sua prática, o serviço de saúde tem investido em processos de educação para a qualificação do cuidado. Na atualidade se destacam duas possibilidades de capacitação: educação continuada e educação permanente.

A educação continuada é definida como o conjunto de experiências que se seguem à formação inicial e que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência para que ela seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades. Assim, se competência é compreendida como atributo individual vinculado ao domínio de conhecimento e habilidades, a educação continuada é indispensável para a atualização do profissional. <sup>(42)</sup>

Há, contudo, outra reflexão que se contrapõe à anterior - a educação continuada, como estratégia de capacitação, contribui para a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho por focar o desempenho de cada categoria profissional sem apresentar mudança na prática. <sup>(43)</sup>

As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social, por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. <sup>(37)</sup> Vale ressaltar ainda que este processo educacional precisa estar centrado no trabalho, buscando a competência profissional, com repercussões favoráveis sobre a qualidade do atendimento à população.

Em setembro de 2003, o Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde, aprova junto ao Conselho Nacional de Saúde a “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.” A formação não pode estar voltada apenas para a busca eficiente de evidências diagnósticas, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos; deve estar pautada também no levantamento das necessidades de

saúde das pessoas, da gestão local e do controle social. A lógica da educação permanente é descentralizadora ascendente e transdisciplinar, proporcionando a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade da docência e do enfrentamento das situações de saúde. <sup>(37)</sup>

A educação permanente em saúde, portanto, é estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação. <sup>(36)</sup>

Considerando que o processo de trabalho do ESF vem acompanhando essas mudanças e relações de trabalho, a educação permanente vem ganhando força para o desenvolvimento de uma transformação da prática, uma vez que o tem como objeto central à transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde, tendo como horizonte a efetiva concretização dos princípios do SUS. <sup>(42)</sup>

Vale ressaltar que a educação permanente em saúde – EPS “se situa num contexto de uma virada no pensamento da educação profissional, na qual o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem.” <sup>(43)</sup> Assim a EPS visa a identificar lacunas de conhecimento e as atitudes que farão parte da estrutura explicativa dos problemas identificados no cotidiano dos serviços. Portanto a EPS se insere na gestão do processo de trabalho.

“Colocar a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS pôs em nova evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento.” <sup>(36)</sup>

A EPS explicita uma nova posição sobre a saúde e o processo de educação de adultos, revelando ser um instrumental potente na transformação da prática dos ACS. Diferentemente da noção programática de implementação de práticas previamente selecionadas e com um currículo

dirigido ao treinamento de habilidades, a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde.<sup>(36)</sup>

A educação permanente pressupõe, então, um projeto pedagógico problematizador e, portanto, pautado na aprendizagem significativa. Para que a aprendizagem tenha significado é necessário que sejam promovidos e produzidos sentidos.

Acredita-se que o educador deve compartilhar os conteúdos, fazendo uma análise com a realidade concreta. Deve fazer isso com a ajuda do educando, superando seu saber anterior, de pura experiência, por um saber mais crítico e menos ingênuo. Ninguém nasce feito, vamos nos fazendo aos poucos, na prática social de que fazemos parte.<sup>(29)</sup>

A educação permanente é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Essa capacitação deve ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturada a partir da problematização do processo de trabalho.<sup>(44)</sup>

A educação problematizadora trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, apoiadas nos processos de aprendizagem por descoberta, em que os conteúdos são oferecidos ao aluno sob forma de problemas e não prontos, sendo seu eixo básico a relação ação-reflexão-ação transformadora.<sup>(35)</sup>

É importante entender que para se produzirem mudanças de prática de gestão e de atenção o diálogo com as práticas e concepções vigentes e a problematização não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe tornam-se fundamentais.<sup>(38)</sup>

Colocar em prática a educação permanente requer do facilitador conhecimento da proposta e da metodologia da problematização, habilidade para conduzir os momentos de discussão do grupo, permitindo a reflexão

crítica e o compartilhar de experiências. Trata-se, então, do papel de facilitador da aprendizagem coletiva.

## **5 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

## 5.1 TIPO DE ESTUDO

### 5.1.1 Abordagem Qualitativa

O método qualitativo é aquele aplicado ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, e de que resultam interpretações que os humanos fazem a respeito das experiências que vivenciam, construindo seus recursos, pensamentos e sentimentos. Caracteriza-se pela relação empírica e sistemática do conhecimento até a compreensão lógica do grupo em estudo. <sup>(45)</sup>

Na pesquisa qualitativa, a generalização é abandonada e toda a atenção é focada para o específico, o peculiar, o individual, tendo como meta a compreensão e não a explicação do fenômeno estudado. É compreendida como um modo de ajuizar o sentido das proposições que levam à compreensão dos significados do conteúdo a ser estudado como palavras, frases e textos. <sup>(46)</sup>

O fenômeno humano estudado é entendido como parte da realidade social, pois este não se difere só por agir, mas por pensar sobre o que faz, e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. <sup>(47)</sup>

A pesquisa qualitativa parte dos dados descritivos levantados durante o contato direto do pesquisador com o objeto estudado, enfatiza mais o processo do que o produto e dá ênfase à perspectiva dos participantes. <sup>(48)</sup>

A objetivação é de grande importância para esta pesquisa, visto que o processo de investigação reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, teoriza, revê criticamente o conhecimento sobre o tema e estabelece conceitos e categorias, usa técnicas adequadas e realiza análises específicas e contextualizadas. <sup>(45)</sup>

A abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificados. <sup>(45)</sup>

## 5.2 CAMPO DE ESTUDO

### 5.2.1 O Município de Marília

O estudo foi realizado no município de Marília, fundado em 04/04/1929. A cidade situa-se no Centro Oeste Paulista, com uma taxa de urbanização de 93,4%. Sua área é de 1.194 Km<sup>2</sup>, sendo 76Km<sup>2</sup> de área urbana e 1.118 Km<sup>2</sup> de área rural. Tem uma altitude de 650m e sua topografia descreve uma região montanhosa. De clima temperado, tropical de altitude, com estações bem definidas, inverno seco e verão úmido. São coletados 192 toneladas/dia de lixo no total, tanto lixo domiciliar como hospitalar. O abastecimento de água é executado por uma autarquia municipal, o DAEM - Departamento de Água e Esgotos de Marília, sendo que 99% dos domicílios estão ligados à rede de abastecimento e 97% dos domicílios estão ligadas às redes coletoras de esgoto. A coleta pública de lixo atende a 98% dos domicílios.

A taxa de analfabetismo em 2000 era de 6,65%. O município é considerado pólo nacional na área alimentícia, devido a grande número de indústrias, cerca de 100, voltadas à produção de massas, balas, doces, e biscoitos, com a participação em torno de 12% da produção nacional do gênero. Possui aproximadamente 210.000 habitantes.

O município de Marília foi habilitado em junho de 1998 à forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a NOB 01/96. Mantém parcerias na assistência à saúde com cinco Entidades Filantrópicas desde 1999 (Hospital Espírita de Marília, Hospital São Francisco de Assis, Maternidade Gota de Leite, APAE e Santa Casa de Misericórdia de Marília), favorecendo a articulação com a atenção secundária e terciária. O modelo de atenção à saúde vem sendo reordenado pela SMS no sentido de uma transformação progressiva para o modelo da Saúde da Família que tem suas diretrizes explicitadas em nossa Constituição e inclui a Universalização, a Regionalização e a Hierarquização, a Equidade, a Integralidade, a Resolubilidade o Controle Social e estímulo à participação popular. <sup>(49)</sup>

No início do ano de 2007, o município de Marília assinou o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Esse Pacto propõe mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do processo de habilitação anterior pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão; a regionalização solidária e cooperativa – como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse de recursos federais; e a unificação dos vários pactos existentes. <sup>(50)</sup>

### **5.2.2 Rede de Atenção Básica**

O modelo de atenção prioriza a Vigilância à Saúde, em que a cura deixa de ser o enfoque predominante e passa a ser um processo de trabalho das equipes que integra a Promoção, a Prevenção, a Recuperação e a Reabilitação dos danos. É a lógica coletiva sobre o enfoque clínico-individual. Neste processo a ação programática e o enfoque de risco e vulnerabilidade, a partir do território de abrangência de cada UBS/USF, passa a nortear as ações de saúde.

A rede básica do município é constituída por 12 unidades básicas de saúde sendo 100% PACS e 28 unidades de saúde da família, nas regiões norte, sul, leste e oeste, perfazendo um total de 40% de cobertura da população. A implantação da Estratégia Saúde da Família iniciou no município em 1998 com quatro equipes implantadas nas regiões em que a população apresentava nível sócio econômico baixo e dificuldade de acesso.

Em 1999, sete equipes de saúde da família iniciam suas atividades no município devido às avaliações positivas que o programa apresentou após um ano de implantação.

Com o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), financiado pelo Banco Mundial, o município expandiu a ESF, totalizando as 28 equipes hoje existentes sendo que quatro delas estão localizadas na zona rural. Cada equipe de saúde da família possui um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um ACD (auxiliar de



parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, tornando-se as instituições responsáveis pelos componentes – academia, serviço e comunidade que, articulados, visam à construção de um sistema de saúde eficaz e eficiente, humanizado e estruturado segundo os princípios do SUS, com enfoque na vigilância em saúde e no processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar.<sup>(51)</sup>

No início da parceria, no componente serviço, as unidades básicas de saúde (UBS) serviam apenas de campo de estágio para os alunos da Famema. Com a intenção de colaborar com a reorganização da SMS, a Famema ajudou a criar e implementar os Conselhos Locais de Saúde, assim como colaborou na elaboração do plano institucional da Secretaria Municipal de Saúde em 1995.<sup>(52)</sup>

Em 1997 o curso de medicina iniciou o Projeto Famema 2000, movimento que também foi incorporado pelo de enfermagem no ano seguinte. Esse projeto tinha como principal enfoque o processo ensino aprendizagem, deixando-se de preocupar-se somente com o ensino e valorizando a aprendizagem.<sup>(52)</sup>

O currículo do curso de medicina passou a ser composto por unidades educacionais, cujos docentes elaboram objetivos, conteúdos, problemas e definem os principais recursos educacionais necessários para a aprendizagem. Os problemas são discutidos em sessões de tutoria com um grupo de oito alunos sob a orientação de um tutor. O currículo da enfermagem foi estruturado tendo como base a teoria da aprendizagem significativa, na qual se entende que o processo de ensino/aprendizagem constitui-se na criação de oportunidades de conhecimento nas áreas afetivas, cognitivas e psicomotoras. A metodologia problematizadora destaca-se por dois pólos: teórico metodológico e técnico-metodológico.<sup>(52)</sup>

A mudança curricular dos dois cursos contempla uma aproximação do aluno com a atenção primária e a comunidade, buscando um trabalho multiprofissional. Para tanto, organizou-se a unidade educacional Interação Comunitária, que unia os cursos de Medicina e Enfermagem da 1ª à 4ª série com o objetivo de intervir junto ao indivíduo, família e comunidade em relação aos problemas de saúde identificados.<sup>(52)</sup>

Em 2003 a unidade de Interação Comunitária foi substituída pela Unidade de Prática Profissional desenvolvida na primeira série dos dois cursos. Neste momento a parceria ensino/serviço se fortalece, pois cada grupo de 12 alunos, sendo oito alunos da medicina e quatro da enfermagem, teria como facilitadores uma dupla de docentes, sendo um enfermeiro e um médico, contando freqüentemente com um dos profissionais do serviço, ou o médico ou o enfermeiro das unidades de saúde da família.

Esta unidade de aprendizagem é caracterizada pela inserção do estudante em cenários reais, possibilitando a aprendizagem a partir da ação, por meio da atenção e cuidado integral à saúde da pessoa, considerando o contexto familiar e comunitário. Os estudantes atuam no cuidado individual e coletivo e são estimulados pelo referencial da problematização a compor a história de vida das famílias, a identificar as necessidades de saúde e a elaborar plano de cuidados de acordo com o grau de autonomia da série. <sup>(53)</sup>

Os profissionais do serviço que atuam juntamente com os docentes da instituição têm a oportunidade de participar semanalmente do programa de educação permanente organizado pela Famema, tendo como facilitadores dois docentes, sendo um da área de comunicação, com o objetivo de observar e discutir a dinâmica daquele grupo e outro, tendo aproximação com a proposta da EP, tem o objetivo de discutir a prática docente na UPP.

Realiza-se com estes profissionais o ciclo pedagógico proposto pela metodologia da problematização que envolve confronto experiencial (em que é relatada a vivência com os alunos), síntese provisória (discussão dos relatos e levantamento de questões de aprendizagem), nova síntese (compartilhar do material estudado e propostas de ações).

A parceria dos profissionais inseridos no serviço proporciona interação maior com a comunidade, fortalece a parceria ensino/serviço, forma o estudante com base na prática reflexiva e ainda possibilita a vivência do trabalho em equipe multiprofissional. <sup>(54)</sup>

### 5.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram 17 enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família de cada região do município de Marília, independente do sexo, idade, tempo de atuação na ESF. Uma entrevista foi desprezada, pois, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o enfermeiro respondeu às questões por escrito em seu domicílio.

O tempo de experiência na Estratégia Saúde da Família variou de três a nove anos, havendo predomínio de 25% de profissionais que trabalham a sete anos na Estratégia Saúde da Família.

No que se refere à qualificação profissional, 68% das enfermeiras são especialistas em Saúde da Família, 6% estão cursando o mestrado profissional e 31% não possuem especialização na área em que atuam. Constata-se que 68% desenvolvem o papel de professor colaborador na Faculdade de Medicina de Marília, em alguma série do curso de enfermagem.

Quanto à região do município em que atuam, selecionaram-se aleatoriamente os enfermeiros representando cada região do município, Norte, Sul, Leste e Oeste, e assim sucessivamente, fazendo parte deste estudo, seis enfermeiros da região Norte, quatro da região Sul, 03 da região Leste, dois da região Oeste e dois enfermeiros da zona rural do município, por considerarmos que a organização do processo de trabalho sofre influência de acordo com as características clínico-epidemiológicas de cada área de abrangência.

Vale ressaltar que optamos em desenvolver nosso estudo junto aos enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família, considerando que iremos coletar dados com profissionais da mesma classe e por vivenciarmos esta prática diariamente. Daí haver interesse em compreender como os enfermeiros atuam na realização da educação permanente, que está inserida nas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde como parte integrante de suas atribuições.

#### 5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Marília e posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos-CEP FAMEMA, sendo aprovada. (Anexo 1).

Inicia-se a pesquisa solicitando ao enfermeiro a assinatura de um termo de consentimento após o aceite em participar da pesquisa por meio de entrevista, havendo autorização para gravá-la. Tal documento visa a atender aos princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos conforme resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. <sup>(55)</sup> Foi ainda realizada a menção do interesse da pesquisa, que significa discorrer resumidamente sobre a pesquisa e esclarecer a contribuição que o depoimento dado traria para o trabalho comunidade e para o próprio entrevistador. <sup>(45)</sup>

#### 5.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pelo pesquisador em uma entrevista aberta que foi agendada segundo a disponibilidade e horário dos atores envolvidos. O registro dela deu-se por meio do uso de MP3 para garantir a fidedignidade das falas, procurando assim obter as informações necessárias para a realização do trabalho. As entrevistas foram transcritas na íntegra pelo pesquisador, sendo que o tempo de duração das entrevistas variou no mínimo de dois minutos e no máximo de nove minutos.

Na entrevista aberta, o pesquisador realiza uma espécie de esquema de pensamento, buscando sempre encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa. As informações perseguem alguns objetivos: a descrição do caso individual; a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos; comparabilidade de diversos casos. O entrevistador fica livre de formulações prefixadas para realizar as perguntas e fazer intervenções que julgar necessárias a seu objetivo, não obedece à

seqüência rígida e a freqüência dos assuntos é determinada por suas próprias preocupações e necessidades. <sup>(45)</sup>

Neste estudo as questões norteadoras foram:

1. Como você trabalha com o processo de educação dos Agentes Comunitários de Saúde?
2. Qual sua compreensão da política de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

## 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados deste estudo foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin <sup>(56)</sup> para a pesquisa qualitativa.

Análise de Conteúdo se define por:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. <sup>(56)</sup>

Foi utilizada a análise temática das unidades de significação identificadas e que conformam uma comunicação. <sup>(56)</sup> Com esta técnica pode-se caminhar na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.

Utilizamos as seguintes etapas para análise do conteúdo do nosso trabalho: Pré Análise, Exploração do Material, Tratamento dos resultados/inferência/interpretação. <sup>(56)</sup>

Primeira Etapa: é a fase de organização propriamente dita. Iniciou-se com uma leitura flutuante, em que o pesquisador se deixa invadir por impressões e orientações do material, com o objetivo de ter uma visão de conjunto; apreender as particularidades do material a ser analisado; elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para a análise e interpretação;

escolher formas de categorização e determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise. <sup>(56)</sup>

Segunda Etapa: realizou-se a exploração do material. A codificação corresponde a uma transformação - efetuada segundo regras precisas - dos dados brutos do texto, por agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo. <sup>(56)</sup> As unidades de registro foram codificadas primeiramente com a letra E, e um numeral que indica a seqüência das enfermeiras entrevistadas e, posteriormente, o número que se refere à categoria agrupada. Ex: E15.3..... refere-se à décima quinta enfermeira entrevistada e esta unidade de registro foi agrupada na categoria 03.

Nesta fase, estabeleceram-se as categorias que têm como objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. Essa categorização é uma operação de classificação dos elementos que constituem o conjunto, realizada por diferenciação e reagrupamento, segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. <sup>(56)</sup>

A categorização do material foi realizada a partir dos dados analisados, e emergiu do agrupamento do material codificado.

A terceira etapa tem como objetivo distribuir trechos ou fragmentos do texto pela categorização; fazer uma leitura dialogada com as partes do texto; identificar as unidades de registro; analisar as diferentes unidades de registro para a busca das unidades de significação; que servirão de base para a articulação com os conceitos teóricos que orientam a análise. <sup>(56)</sup>

A unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Corresponde a uma regra de recorte que não é fornecida, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. <sup>(56)</sup>

Os resultados obtidos foram analisados de maneira a serem significativos. Ao finalizar os procedimentos propostos pelo referencial metodológico utilizado, identificamos dois grandes temas: I - *Organização do processo de educação nas unidades de saúde da família*, II - *Parceria ensino/serviço: aproximação da proposta de educação permanente*.

## **6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para orientar a análise, realizamos um quadro síntese, contendo as categorias e as unidades de significados para fins didáticos, pois durante a discussão das temáticas estes resultados serão evidenciados para que o leitor possa identificar todo o conteúdo a ser apresentado.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADOS
01- O processo de educação dos ACS é realizado por profissionais da ESF.	Equipe de referência - (médico, enfermeiro e dentista)
02- O processo de educação do ACS é realizado por meio de diferentes propostas.	Falta de definição clara da proposta à ser utilizada Educação Permanente Educação Continuada Reuniões Administrativas
03- Para o processo de educação do ACS é utilizado diferentes estratégias.	Capacitações tradicionais Objetivo de organização do serviço Educação centrada na necessidade do ACS
04- O objetivo é o elemento norteador na atividade de educação com os ACS.	Qualidade do Cuidado

Quadro I - Categorias referentes à primeira questão norteadora: Como você trabalha com o processo de educação dos Agentes Comunitários de Saúde?

CATEGORIA	UNIDADES DE SIGNIFICADOS
01- Compreensão Política de Educação Permanente	Desconhecimento
02- Aproximação com a Educação Permanente devido à parceria com a Famema.	Conhecimento das metodologias ativas de ensino aprendizagem
03- Reconhecimento da importância da Educação Permanente	Mudança da prática profissional Dificuldade de aplicação da EP na prática

Quadro II - Categorias referentes à segunda questão norteadora: Qual sua compreensão da política de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

### ***I - Organização do processo de educação nas unidades de saúde da família***

Da análise do processo de educação que é organizado nas unidades de saúde da família, iniciaremos nossa discussão no que se refere ao processo de educação dos ACS ser realizado por diferentes profissionais, considerando que a organização da gestão das unidades acontecem em equipe.

Na estratégia Saúde da Família do município de Marília, as equipes são constituídas pelo médico, enfermeiro e dentista assumindo o papel de **equipe de referência**, assim denominados pela coordenação da atenção básica. Essas equipes são responsáveis pelas famílias cadastradas, estabelecendo com elas vínculo terapêutico e integralidade na atenção à saúde. Incentivadas a trabalharem em co-gestão, assumem em grupo a coordenação da equipe local. Desta forma, as ações, atividades e organização do processo de trabalho das equipes são de responsabilidade de cada **equipe de referência**.

Neste contexto, a atuação do enfermeiro, se destaca e pode ser definida, em sua essência e especificidade, como o cuidar do ser humano,

individualmente, na família e na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, em equipe. <sup>(57)</sup> A enfermagem se responsabiliza, por meio do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja diretamente, ou coordenando os serviços e profissionais da assistência, com intuito de promover a autonomia dos pacientes pela educação em saúde. <sup>(57)</sup>

O enfermeiro torna-se, então, responsável pelo direcionamento da assistência prestada, sendo imprescindível que realize a educação de seus funcionários, promovendo a valorização dos recursos humanos. <sup>(58)</sup>

O profissional enfermeiro tem um grande diferencial em seu papel, visto que, é sua competência a educação da equipe durante a supervisão das atividades diárias. Esta supervisão acontece durante as suas atividades de coordenação, função que lhe é atribuída privativamente no art.11 c - da Lei nº7. 498 de 25/06/86, a qual coloca ser o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem atribuições do enfermeiro. A função de supervisionar para identificar necessidades de orientação e desenvolvimento dos funcionários oferece um suporte para uma liderança eficaz. <sup>(59)</sup>

Percorrendo a história da enfermagem fica evidente o quanto a atribuição da coordenação dos serviços de saúde é marcante e influencia a atuação desses profissionais nos dias de hoje. Esta atuação tem como alicerce o modelo Nightingale estruturado a partir da institucionalização das práticas de saúde que insere o médico no cenário hospitalar com o poder e o dever de curar. A enfermagem também é institucionalizada, porém com a atribuição de sustentar a atuação médica, responsabilizando-se pela promoção de condições para o êxito da relação terapêutica médico-doente. Essa prática da enfermagem passa a ter o seu foco no controle do cenário e no desempenho dos funcionários a quem caberia definitivamente o cuidar delegado. <sup>(60)</sup>

Sendo assim, em vista deste contexto, o cuidado apresenta-se fragmentado, e as ações se tornam mecânicas e restritas à aplicação de técnicas, impossibilitando a equipe de compreender a especificidade de cada indivíduo e construir um cuidado integral. A função de supervisionar

não significa, hoje, fiscalização, punição, mas sim, um processo de identificação de necessidades, a fim de organizar a educação dos profissionais. <sup>(59)</sup>

Em nosso estudo pudemos perceber que alguns enfermeiros conservam características de líderes de equipe, centralizando as atividades relacionadas ao processo de gerência, visando à organização do processo de trabalho da equipe em que estão inseridos. Organizam reuniões semanais com os ACS, utilizando estes espaços para discussão de atividades gerenciais e educação, sem se preocupar com qualquer referencial a ser adotado, centralizando no profissional enfermeiro a figura de coordenador da equipe.

*E16.1 “... é uma reunião de +- 1 hora,...., é um momento que eu tenho com eles..”*

*E6.1 “...quando eu comecei lá...”*

*E17.1 “...é um período que eles ficam comigo...”*

No que se refere ao processo de gerência, nosso estudo corrobora com Silva <sup>(23)</sup> que, ao realizar uma pesquisa em que descreve os limites e desafios para a enfermeira na supervisão do ACS, verifica também que o enfermeiro tem utilizado seu tempo mais para **reuniões administrativas** da unidade e para burocracias decorrentes desta, exercendo desta forma o papel de coordenador.

A atribuição de coordenação dos serviços de saúde marca fortemente a enfermagem do município de Marília. Nas unidades básicas de saúde (UBS), o enfermeiro exerce o papel de gerente, sendo centralizador das decisões no que se refere à organização do serviço relacionado a recursos humanos e materiais, não exercendo um caráter participativo com os membros da equipe no que, por ventura possa ser compartilhado ou delegado a outros profissionais. Isso acarreta seu distanciamento da assistência direta ao paciente.

As dificuldades em delegar ações de gerência são evidentes, pois, influenciada pelo modelo clínico, a atividade marcante da enfermagem é o

administrar, demarcando uma divisão social do trabalho. Na saúde coletiva, além da prática clínica, o saneamento ambiental, as políticas sociais, as ciências sociais, a educação em saúde e os trabalhos de grupos se consolidam nos instrumentos de trabalho da enfermagem. Aqui ele não se apresenta como um instrumento do trabalho médico, mas, das necessidades de saúde da população, cabendo-lhe então a responsabilidade de coordenar as equipes para que desenvolvam cuidado integral à comunidade. <sup>(61)</sup>

A nosso ver fica claro o relatado pelo autor supracitado, pois vivenciamos durante nossa atuação profissional situações semelhantes. No momento de centralizar as atividades administrativas, a organização foi, por muitas vezes, trabalhada na equipe em reuniões semanais em que esta demanda surgia como um dos pontos conflitantes. No entanto, a compreensão dos outros profissionais, a nosso entender, ainda era limitada, propositalmente ou não, e o enfermeiro, talvez por uma questão histórica, assumia, ainda que com certa dificuldade, a função de delegar e dividir tarefas. Então, o processo de educação dos ACS, considerado como uma atividade de gerência está, na maioria das vezes, entre as responsabilidades do enfermeiro, conforme descrito na portaria 648, de 28 de Março de 2006 do Ministério da Saúde, que atribui ao enfermeiro a responsabilidade pela educação permanente dos ACS e auxiliares de enfermagem. <sup>(44)</sup>

Em nosso estudo se constata que a maioria dos enfermeiros divide com os profissionais da **equipe de referência** como o médico e o dentista a responsabilidade da realização dos momentos de capacitação dos ACS, como elucidam as falas abaixo:

*E5.1 “Antes fazia só eu, só o enfermeiro, **af eu combinei com a médica, a dentista**, que cada semana um iria fazer, porque também acho importante outros profissionais participarem...”*

*E17.1 “...então eu estou dividindo isso também, **delegando um pouco para o dentista e para o médico...**”*

*“E4.1...Esse encontro não fica focado somente na enfermagem, somente comigo, semanal, **fica uma semana comigo, uma semana com a médica e uma semana com a dentista...**”.*

*E12.1 “...é, **uma semana é o médico que vai falar com eles, fazer esta reunião, na outra semana é a dentista**, e na outra sou eu...”*

Pelos depoimentos, no entanto, fica evidente que dificilmente ocorre educação permanente nestes encontros, como prevêem os documentos oficiais. <sup>(44)</sup> Neles se propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores de saúde tenham como referência as necessidades de saúde da população, com a proposta de transformação da prática estruturada a partir da problematização, a qual pressupõe a identificação de problemas, a reflexão sobre eles e a busca de referenciais que o expliquem, retornando para a prática com uma proposta diferenciada em busca da transformação.

Assim acreditamos que não está evidenciado, na descrição dos sujeitos participantes do estudo, o ciclo de ação-reflexão-ação, pois a alternância de profissional a cada encontro impossibilita a reflexão do grupo visto que são diferentes profissionais que se reúnem com os ACS, constituindo a cada semana um novo grupo, não havendo uma seqüência de discussão.

A **educação permanente** em saúde proporciona a construção de novas ações e sentidos para as práticas, em cada local. É uma proposta aberta que parte do pressuposto da aprendizagem significativa, ou seja, aquela aprendizagem motivada pelo desejo do profissional em apropriar-se de novos saberes e práticas. <sup>(62)</sup>

A metodologia da problematização pressupõe que o aprendizado seja construído a partir da vivência da pessoa e de sua necessidade de entender ou lidar com a situação que o despertou para a motivação do estudo. Tem suas origens nos movimentos de educação popular que ocorrem no final dos anos 50 e início dos anos 60, quando foram interrompidos pelo golpe militar sendo retomados no início dos anos 80. Nesta metodologia os alunos estão diante da realidade e é dela que extraem a aprendizagem, construindo o conhecimento e atingindo um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem possibilitando a transformação social. <sup>(63)</sup>

Considera-se ainda que a educação problematizadora reconhece a pessoa como responsável direto pela construção do seu saber, desenvolvendo seu poder de compreensão do mundo, estabelecendo uma forma de pensamento em que as idéias são compartilhadas. <sup>(32)</sup>

No contexto do trabalho, para se transformar a prática de atenção, é importante dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las, não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, para construir novas formas de organização do processo de trabalho, de convivência e práticas que aproximem o SUS da atenção integral e da qualidade do cuidado. <sup>(5)</sup>

A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir repensar suas ações ou agregar novos conceitos à sua prática é a inconformidade, é a percepção de que a maneira como vem realizando suas ações se encontra insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esta percepção tem que ser intensa, vivida, só assim será possível repensá-la e, a partir daí, modificá-la. <sup>(5)</sup>

Nesta pedagogia, o método de ensino é realizado na forma de trabalho educativo e em grupos de discussão. O professor/facilitador da aprendizagem está ao mesmo nível de importância em relação aos alunos, visto que seu papel é conduzir a discussão e problematizar situações que favoreçam a aprendizagem. Dessa forma, o método de ensino baseia-se na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, sejam eles alunos e/ou professores. <sup>(63)</sup>

Como a comunicação pressupõe uma relação social igualitária e dialogal que produz conhecimento, é pelo diálogo que se dá a verdadeira comunicação, entre atores ativos e iguais. <sup>(64)</sup>

Para que realmente aconteça a **educação permanente** com os profissionais de saúde, o facilitador deve conhecer e atuar de forma reflexiva, pois, embora a capacidade de refletir seja inata ao ser humano, ele precisa de contexto que lhe permita desenvolver esta capacidade, contexto de liberdade e responsabilidade.

No estudo, vimos como é difícil aos atores que participam dos processos educativos deixarem a posição passiva para exporem suas reflexões. É preciso fazer um grande esforço para saírem do nível descritivo ou narrativo, e buscarem as interpretações articuladas, justificando e sistematizando o cognitivo. <sup>(33)</sup>

Como citado anteriormente, ao analisar as falas das enfermeiras identificamos que cada profissional se utiliza de um período por semana para realizar esta atividade de educação com os ACS. No período seguinte outro profissional assume este papel, dificultando a construção ativa do conhecimento, pois para que isto ocorra é necessário que o facilitador de educação permanente utilize um percurso metodológico que permita a reflexão sobre as práticas.

Portanto, a aprendizagem no trabalho, como uma ação política, em que o facilitador de práticas de Educação Permanente proporciona a reflexão coletiva sobre os problemas identificados que dificultam o cuidado integral, pode ser considerada tarefa de todos, desde que o facilitador possa articular a reflexão coletiva sobre as práticas do trabalho.<sup>(62)</sup>

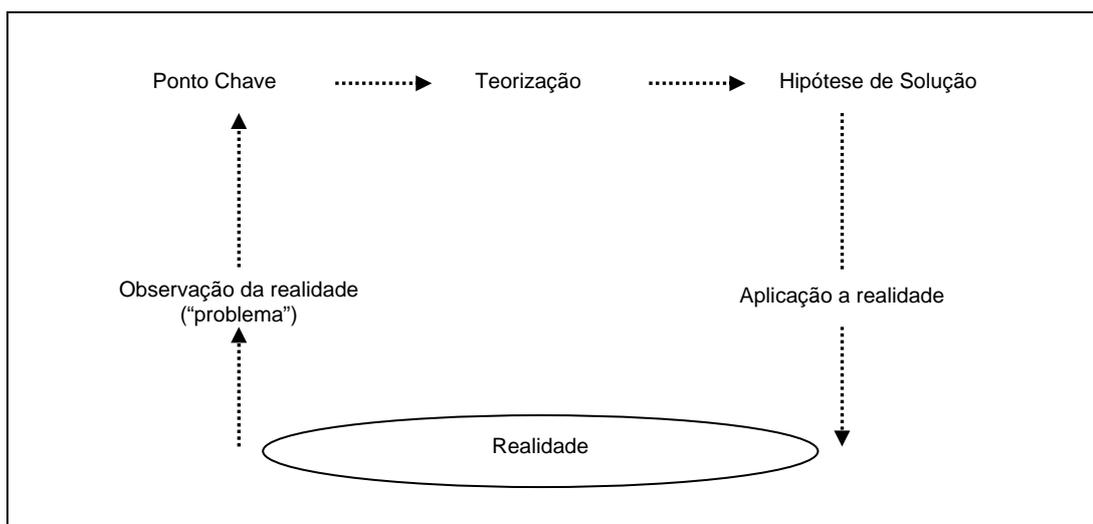
Se a **equipe de referência** for responsável por esta atividade, faz-se necessário que este processo de reflexão seja sistemático, planejado e orientado a fim de estruturar o processo de construção da aprendizagem. Utilizaremos dois autores para discutir este processo, Alarcão<sup>(33)</sup> e Bordenave.<sup>(65)</sup>

O primeiro utiliza-se da pesquisa-ação para discutir as metodologias reflexivas, que, nos últimos anos, têm realçado seu valor formativo na utilização do contexto do trabalho, pelo trinômio pesquisa-formação-ação. Isso se deve ao fato de que a reflexão das experiências profissionais e sua contextualização, além do alto valor formativo, leva à compreensão da realidade e constitui o centro da aprendizagem. Segundo a autora a formação dos profissionais adultos é mais fácil a partir do desejo de resolver problemas que diariamente identificam. Esta metodologia de intervenção necessariamente se desenvolve segundo ciclos de organização:



A relação do processo de aprendizagem com a trajetória metodológica da pesquisa-ação evidencia-se da seguinte forma. Ao se identificar um problema, na prática cotidiana, caso este seja eleito como um problema a que se quer solucionar tem-se como primeira tarefa explicá-lo, sendo que para isso decorre um processo de observação e reflexão. Compreendido o problema, faz-se necessário planificar uma solução de ataque, executá-la e, posteriormente, avaliar os resultados. Se outros problemas surgirem neste ínterim, o ciclo da espiral da pesquisa-ação se forma novamente. <sup>(33)</sup>

O segundo autor descreve a proposta do arco de Charles Maguerez e sustenta o processo de ensino aprendizagem com uma metodologia problematizadora. <sup>(65)</sup> Nesta proposta o aluno/profissional em formação entra em contato com a realidade, observa a situação que o remete a um problema, expressando suas percepções pessoais. A segunda fase é identificar os pontos-chave do problema ou assunto em questão, identificando as variáveis mais determinantes do problema. Em seguida, passa-se à teorização do problema, fase em que os alunos vão em busca de conhecimentos científicos que os ajudem a explicá-lo e então entendê-lo. Após o confronto da realidade e a teorização se faz necessária a elaboração de hipóteses para sua solução. Nesta fase o aluno/profissional aprende com a realidade e se prepara para transformá-la. A última etapa do aprendizado, então, é a transformação da realidade de acordo com o que é possível naquele contexto estudado, conforme o quadro abaixo:



Quadro III - Passos do processo de ensino aprendizagem na pedagogia da problematização.

Convém ressaltar, para o sucesso da aprendizagem ativa, a importância da construção das narrativas que deverá ser realizada pelo aluno/profissional, após o confronto com a realidade. O ato de escrever leva-nos a um encontro conosco e com o mundo que nos cerca. Trata-se de um momento íntimo que nos possibilita a reflexão com os outros, se quisermos, e com nós mesmos, visto que *as narrativas revelam o modo como os seres humanos experienciam o mundo.*<sup>(33)</sup>

As narrativas contribuirão efetivamente para o aprendizado do grupo se nelas forem registrados elementos que favoreçam a reflexão da realidade como o contexto físico, social e emocional vivido no momento da prática. Estimular os profissionais ao hábito de escrita torna-se um desafio para o facilitador da aprendizagem. O que escrever? Como escrever? Diante das dificuldades, algumas perguntas podem ajudar a exemplificar este processo: O que aconteceu no momento da prática? Como? Onde? Por quê? O que sentiu você e as outras pessoas envolvidas? O que pensa relativamente ao que aconteceu? Este movimento de reflexão, se incentivado, ajudará o profissional a analisar a vida, revelar filosofias e padrões de atuação, registrará aspectos conseguidos e aqueles que precisam melhorar, favorecendo o compartilhar com os colegas.<sup>(33)</sup>

O uso das narrativas para iniciar o processo de discussão do grupo caracteriza-se como estratégia que favorece a reflexão da realidade, pois permite que o facilitador, no momento da problematização apóie-se nos relatos dos alunos para conduzir as reflexões, a partir da concepção dos integrantes do grupo, facilitando a identificação do problema real, bem como as estratégias para transformação da prática.

Após a discussão da proposta metodológica da Educação Permanente, fica evidente a necessidade de que todos os profissionais responsáveis pela gerência da unidade, constituída no município como equipe de referência, conheçam os processos educativos que podem desenvolver com seus funcionários a fim de qualificar a atenção prestada à comunidade.

No momento em que foi implantada a estratégia saúde da família, esforços foram feitos para que iniciássemos reflexões para atuação neste novo modelo de atenção. Para se constituir enquanto equipe é necessário que os profissionais recebam apoio institucional para se instrumentalizar com recursos que lhes auxiliem no enfrentamento das adversidades encontradas na prática local. Mudar concepções e práticas, rever posturas e principalmente conseguir ouvir e aceitar idéias divergentes é um processo a ser construído. Nesta construção, a educação configura-se como estratégia poderosa para propiciar condições de mudanças na compreensão e conscientização da necessidade de mudanças de paradigmas.

Neste contexto, a ESF deve se constituir por profissionais que acreditem no modelo de atenção centrado no usuário. Para que se constituam enquanto equipe, há ainda necessidade de compreensão, vontade, disponibilidade, respeito, apoio institucional e político. Como nesta equipe existem profissionais com diferentes culturas e saberes, estas diferenças produzem entendimentos distintos para questões comuns. Torna-se, portanto, necessário que o processo de educação seja uma estratégia a ser utilizada como uma ferramenta modificadora no pensar e agir, em busca da ação-reflexão-ação voltada para a atenção ao usuário e construída em equipe cujos integrantes se respeitem enquanto agentes multiplicadores e transformadores de conhecimento e prática em relação à comunidade assistida.

Na Estratégia Saúde da Família, um dos princípios estruturantes é o trabalho em equipe, em que é possível que os profissionais rodiziem alguns papéis, inclusive o de facilitador de educação permanente. Para realizar esta atividade a contento, faz-se necessário que o profissional seja capacitado para exercer a função de facilitador do processo de aprendizagem, bem como conheça a metodologia da problematização, a fim de contribuir efetivamente com a educação permanente.

O processo de educação dos profissionais integrantes de equipes da Estratégia Saúde da Família torna-se essencial, pois há necessidade de profissionais com perfis que atendam aos requerimentos do SUS/ESF. Esta determinação se constitui como elemento fundamental para o sucesso desta estratégia que apresenta como principal objetivo ampliar as condições de saúde e vida da população sob sua responsabilidade, proporcionando mudança da prática de atenção. <sup>(66)</sup>

Em nosso estudo, esta compreensão da proposta contrapõe-se à atuação de alguns enfermeiros que não consideram a educação dos profissionais da equipe sob sua responsabilidade como princípio estruturante da ESF. Fica evidente que não realizam esta atividade, ou simplesmente não a priorizam, envolvendo – se com atividades rotineiras e adiando os momentos de educação.

*E2-2 “... eu não tive uma oportunidade de fazer um planejamento em cima disto, a gente tá numa fase ainda de conhecer a unidade, de conhecer as pessoas daqui,..”*

*E7-2 “...o que a gente trabalha é durante a reunião de equipe...”*

*E11-2 “... a gente faz no dia a dia é, não adianta a gente querer marcar a reunião de rotina durante a semana, marcar um horarinho pra resolver os problemas, que eu acho que não é isso que funciona,..., pra gente está orientando mesmo né, o trabalho direcionando.”*

Esta realidade se aproxima da realidade encontrada no estudo de Silva, <sup>(23)</sup> o qual mostra que as atribuições da enfermagem na ESF são múltiplas, predominando as atividades burocráticas e assistenciais, com objetivo de organização do serviço.

Constata-se que no município de Marília, em todas as equipes o ACS tem um momento semanal disponível para se reunir com o enfermeiro. Esta pausa em suas atividades já foi incorporada pela equipe que organiza o processo de trabalho sem a presença deste ator. Esta disponibilidade de os ACSs estarem presentes em sua totalidade nestes encontros se contrapõe à estudos <sup>(23)</sup> que evidenciam, como principal empecilho para a realização da educação com os ACS, a dificuldade em retirar o trabalhador do exercício de suas atividades diárias para realizar atividades educativas sistemáticas.

Evidencia-se em nosso estudo, durante o momento que os profissionais estão com os agentes comunitários, a percepção de o quão frágil se encontra o processo de educação, pois, na maioria das vezes, este momento é utilizado apenas para discussão de organização do processo de trabalho na equipe, ou seja, **reuniões administrativas**, como elucidam as falas abaixo:

*E5.2 “...nos reunimos toda a semana, uma vez por semana e **aí a gente discute a rotina da unidade...**”*

*E12.2 “...todas as segundas – feiras eu sento com eles, a gente trabalha, assim, **em termos, ou como está o trabalho deles nas casas , nas visitas, se eles estão com algum problema...**”*

*E15.2 “...uma reunião semanal com eles, durante 2h, onde eu **deixo um momento para trabalhar alguma coisa, de organização...**, então eu gosto assim, **primeiro fazer a parte de organização...**”*

Estas falas nos fazem refletir sobre a postura do profissional enfermeiro que centraliza as atividades gerenciais, pois a supervisão do processo de trabalho é responsabilidade que este profissional assume pela qualidade da assistência prestada aos clientes de sua unidade. Esta função de supervisão instrumentaliza a identificação de necessidades de orientação, desenvolvimento e motivação de seus funcionários, favorecendo a liderança do enfermeiro. <sup>(59)</sup>

Esta reflexão corrobora a do estudo realizado com as enfermeiras da ESF de Ribeirão Preto <sup>(67)</sup>, em que foi observado que o trabalho destas

enfermeiras está sendo desenvolvido com muita freqüência para ações de organização do trabalho, bem como as atividades gerenciais.

É importante enfatizar que o código de ética em enfermagem determina como responsabilidade privativa do enfermeiro a participação em programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de **educação continuada**.

Os enfermeiros de nosso estudo, que utilizam este momento para educar os agentes comunitários de saúde, desenvolvem esta prática influenciados pelas metodologias tradicionais de ensino.

*E4.3 “... ela está num processo de vir com algumas pautas, meio que fechadas, que eles tem que entender, daquela forma,..., Ela vem com uma pauta fechada, então a assim ela vem e diz, **hoje eu quero discutir isto com vocês, sem ser a necessidade dele**, e aí eles ouvem, a gente vê que não flui. É uma coisa assim, talvez **não é significativo pra eles, pode ser que para ela seja, pro agente não é**,..., às vezes eles ficam com raiva, com algumas colocações ,..., que não tem espaço.”*

*E8.3 “... se **precisar fazer alguma orientação**, até de PKU, idade certa, vacina, tudo a gente tira neste horário, fora isso também na reunião de equipe, que a gente passa alguns comunicados, faz alguma orientação de um modo geral...”*

*E10.3 “... o dia a dia, deles, durante as visitas, ou no atendimento aqui na unidade, **alguma coisa que eu consigo pegar na recepção, né que eles tenham dificuldade em orientar no balcão e aí a gente tenta né, vê, o que está mais sendo deficitário para eles e a gente aborda nas reuniões que a gente faz.**”*

*E15.3 “...eu sempre gosto de falar pra eles qual a resposta que eu dou, pra eles terem uma noção de como, não que eles vão ter que dar a resposta, que ele vai ter que saber sempre a resposta, porque eu acho que tem uma parte que é nossa e uma parte que é deles. Mas eu sempre gosto de deixar a par,..., os agentes traziam algumas dúvidas,..., porque é coisa básica pra gente, pra eles não. Então assim lá que eu comecei esse trabalho, eu fazia dependendo da demanda deles.”*

*E17.3 “... eu tenho sempre uma pauta de assunto com eles, e eles também trazem **neste momento não acontece Educação Permanente**, eu não tive essa oportunidade, eu tenho essa proposta,..., Então neste momento **eu tenho uma pauta a gente mais ou menos organiza a semana, digitação, recepção, visita, e eles também trazem algumas demandas. A gente tenta programar algumas ações do processo de trabalho dos agentes, ta, são com todos,..., não é só supervisão técnica é uma supervisão mais do processo de organização da unidade,..., nesses grupos a gente tenta levantar algum tema a ser trabalhado, e tenta buscar alguma coisa, com bastante dificuldade ainda, porque não tem acesso, e isso já aconteceu umas 3 vezes, a gente leva material***

*pra eles dar uma lida e a gente faz o grupo juntos, é aconteceu assim.*

Com esta análise percebemos que as ações educativas implementadas são prescritivas, construídas com base no conhecimento especializado, nos conceitos dos profissionais que identificam a prática que eles consideram como as melhores, sem levar em conta as capacidades, limites e possibilidades locais. <sup>(62)</sup>

Na pedagogia tradicional, o professor assume uma postura de autoridade máxima, o detentor do saber, o único responsável e condutor do ensino. Os conteúdos são expostos verbalmente, com uma seqüência pré-determinada e fixa, freqüentemente afastada da realidade cotidiana do aluno. Na relação entre o professor e o aluno a autoridade do professor prevalece, o conteúdo é transmitido com uma verdade absoluta, não são levados em consideração o interesse do aluno e, muito menos, os problemas reais que afetam a sociedade. <sup>(63)</sup>

Estas **capacitações tradicionais** têm dificultado a possibilidade de incorporar novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, por serem descontextualizadas, desconsiderarem as concepções e ações dos atores envolvidos no trabalho e por serem organizadas com base na transmissão de conhecimento. <sup>(62)</sup>

A concepção de educação bancária discutida por Paulo Freire elucida o que gostaríamos de discutir quando identificamos que é desta forma que está ocorrendo a capacitação dos profissionais de saúde. As relações que são estabelecidas neste momento são fundamentalmente narradoras e dissertadoras. Os educandos são sujeitos passivos e ouvintes, e são enchidos pelos educadores com conteúdos, muitas vezes alheios à realidade vivida pelos educandos. Nesta metodologia os educandos são conduzidos a um processo de memorização dos conteúdos; quanto mais conteúdo é transmitido, melhor é o educador e quanto mais conteúdo o educando consegue assimilar, melhor é o educando. Desta forma, os alunos se tornam depositários de comunicados que memorizam e repetem. Nesta

educação não é permitida a criatividade, não há transformação, não há saber.<sup>(31)</sup>

Pelo exposto, percebemos o quanto se faz necessário que os profissionais que atuem na ESF, a qual tem como proposta um olhar ampliado para o indivíduo, família e comunidade, consigam conduzir as atividades de educação pautadas nas diretrizes do Ministério da Saúde, conforme evidenciamos em apenas um depoimento:

*E3.2 “...eu faço educação permanente,..., numa reunião que a gente faz, semanalmente, é, toda sexta-feira, a gente discute os problemas,...”*

Acreditamos que a construção de um processo educativo efetivo, realizado com os profissionais de saúde, apresenta-se como possibilidade de oferecer um serviço de melhor qualidade, aumento na resolutividade, compreensão das necessidades de saúde dos indivíduos, organização de ações para saúde, intervenção efetiva em relação aos problemas locais.<sup>(68)</sup>

A educação da equipe de saúde é uma importante função da enfermeira e essa atividade educativa na atenção básica deve ser utilizada como eixo norteador e integrador de suas ações, superando o modo tradicional de ensinar e aprender. Constrói-se um processo educativo a partir de dados da realidade e da própria prática do trabalho em saúde, realizando seu enfrentamento a partir dos conhecimentos produzidos, a partir de reflexões que permitam a reconstrução das práticas de saúde em vigor<sup>2</sup>.

Em vista disso, acreditamos na Educação Permanente como potente ferramenta para conduzir o processo de reflexão dos profissionais, principalmente os da ESF, que necessitam compreender a realidade em que estão inseridos e, através das situações vivenciadas, despertar o desejo de identificar recursos para a sua mudança.

Encontramos estudos<sup>(69), (70), (71)</sup> que discutem a prática de educação na Estratégia Saúde da Família, e corroboram os dados que identificamos.

---

<sup>2</sup> Paim JS, Nunes TCM. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. Cad. Saúde Pública 1992;8(3):p.262-9

Neles as práticas são realizadas, fundamentadas na pedagogia da transmissão, reforçando as práticas reducionistas, identificando tanto um despreparo técnico como também a predominância das ações clínicas, individuais e burocráticas. Os mesmos estudos concluem que a implantação de um projeto de educação permanente se configura estratégia valiosa para a qualificação das atividades de educação em saúde, possibilitando ao profissional refletir sobre sua prática.

Identificamos apenas um estudo em que foi realizado um programa de educação para os ACS, utilizando a metodologia problematizadora. Nele se evidenciou que as práticas dos ACS, que inicialmente eram fortemente influenciadas por questões biológicas, após os momentos de reflexão, aos poucos foram redirecionadas tendo como foco uma visão ampliada do processo saúde – doença. O autor conclui que a educação permanente deve ser garantida aos ACS para que estes desenvolvam plenamente suas capacidades, estimulando-os a realizar um trabalho comunitário participativo, reflexivo e transformador. <sup>(22)</sup>

Diante da dificuldade em encontrar referenciais que demonstrem como construir com eficácia uma ação educativa no trabalho, identificamos a pertinência de trazer, como contribuição deste estudo, ferramentas que possam auxiliar na condução do processo de educação permanente.

Já se sabe que a Educação Permanente propicia uma aprendizagem ativa construída coletivamente, no entanto gostaríamos de refletir sobre os cuidados de natureza estratégica e operacional, apoiados em Junqueira:

Primeiramente, ao iniciarmos o processo de educação permanente, faz-se necessário que participemos como membros integrantes do grupo, contribuindo para a construção do conhecimento e valorizando esta proposta. É preciso atuar de forma a identificar o objetivo que queremos alcançar com o grupo; explicitar todas as etapas que iremos percorrer para que o grupo tenha ciência de que os resultados deste processo acontecem a longo prazo, o que contribui para que se tenha credibilidade e se conte com o esforço de todos. Como a educação permanente tem como objetivo a mudança da prática (isto quer dizer que não iremos participar de cursos ou seminários), então se faz necessário aprofundarmos as discussões de cada

tema; já que para mudar é preciso que eu saiba como e quanto estou mudando. Para isso é ideal que se estabeleçam metas, por meio de indicadores qualitativos e quantitativos, previamente estabelecidos. O treinamento e a consultoria podem ser utilizados durante o processo de educação permanente como estratégias para a elucidação dos benefícios esperados; pois as expectativas do grupo devem ser constantemente avaliadas, assim como as expectativas da população devem ser consideradas a todo o momento, visto que o processo de trabalho é centrado no usuário.<sup>(72)</sup>

A Educação Permanente em saúde proporciona a construção de novos sentidos para a prática em cada realidade. Trata-se da aprendizagem no trabalho, considerada como ação política em que o profissional responsável por essa atividade desencadeia a reflexão coletiva sobre os problemas que impedem o cuidado integral em saúde.<sup>(62)</sup> É necessário que o profissional utilize ferramentas apropriadas para condução deste processo, sendo estas a integralidade, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, a dinamização de coletivos, a gestão de equipes e de unidades e, principalmente faça uso da capacidade de problematizar, identificando os pontos estratégicos a serem considerados.<sup>(62)</sup>

Quando o profissional inicia a educação permanente no local de trabalho, é importante que conheça as ferramentas que poderá utilizar. Acreditamos que, conforme citado anteriormente, solicitar que cada membro do grupo construa seu relato sobre um momento da prática refletindo sobre o que aconteceu, como, onde, por que, e o que sentiu naquele momento,<sup>(33)</sup> possibilite uma leitura mais próxima da realidade, o que favorecerá a utilização de outra ferramenta, a rede analisadora do processo de trabalho.

Esta ferramenta auxiliará o grupo a identificar e caracterizar o problema a ser trabalhado, possibilitando a compreensão dos seguintes aspectos:

- Qual é a atividade realizada,
- Quem a realiza,
- Como é realizada,
- Por que é realizada desta forma,

- Para quem é realizada,
- O seu resultado efetivo no olhar do usuário,
- As relações estabelecidas.

Com esta ferramenta o grupo tem a possibilidade de compreender o problema ou o desconforto sob a visão de outros atores, contribuindo para a responsabilização de todos bem como despertando a disposição para uma nova ação, possibilitando a aprendizagem da equipe e o trabalho em co-gestão. <sup>(62)</sup>

Após a identificação do problema é necessário explicá-lo em espaços coletivos de discussão para que, após o aparecimento do problema, identificação de suas causas, por concepções individuais não se torne conversas de corredor e sim a explicação dos condicionantes deste problema, os seus principais nós – críticos, e possibilite ações específicas para o seu enfrentamento. <sup>(62)</sup>

Para a explicação do problema, usaremos o exemplo da rede explicativa, em que primeiramente é preciso definir o ator que explica o problema, a descrição minuciosa deste problema, a compreensão das causas e conseqüências deste problema e a definição de nós - críticos, ou seja, o problema com alto valor para os atores envolvidos e que, se enfrentado, tem potencial de produzir efeitos positivos. E, finalizando, é preciso traçar uma estratégia coletiva para enfrentar o problema em questão, considerando a interação entre os atores aliados, oponentes e indiferentes. <sup>(62)</sup>

Outra ferramenta que podemos utilizar para a condução da educação permanente está descrita como uma alternativa metodológica da organização do cuidado a partir de problemas. No caso propõe-se uma programação de saúde, utilizando, como instrumentos de intervenção, ações articuladas e organizadas para produzir um determinado efeito sobre a saúde no plano individual e coletivo. <sup>(73)</sup>

O processo tem início com a identificação e análise dos problemas, passa pela determinação das prioridades, definição dos objetivos, desenhos das operações, identificação dos recursos (inclusive financeiros) necessários e dos instrumentos de avaliação, até o acompanhamento da execução e, se

for preciso, a determinação de nova ordem de prioridades. É importante ressaltar que algumas ações não dependem da equipe local, sendo de competência de outros níveis de atenção, sendo então necessário definir mecanismos de articulação, bem como o ator responsável por ela, os recursos a serem empregados e o tempo em que se pretende executar a atividade. <sup>(73)</sup>

Gostaríamos de ressaltar que a aplicação das ferramentas para a construção do processo de educação permanente não se reduz a uma escolha de métodos, mas envolve a reflexão da prática e a participação da equipe como um todo, considerando a visão de mundo de cada ator envolvido numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos.

Pudemos reconhecer o uso destas ferramentas no discurso de um sujeito deste estudo:

*E3.2 “... é eu **faço a partir dos problemas e das necessidades** que os Agentes comunitários me trazem, eu faço com a **metodologia da problematização** que é trazer os problemas pra unidade,..., **levanta as questões**, é,e, e **busca material** para estar estudando,..., Uma dificuldade que a gente tem é à busca do material, da bibliografia, porque muitas vezes os agentes comunitários , têm dificuldade por estar encontrando isto,por não ter acesso à internet, a uma biblioteca em mãos e assim acaba que a metodologia usada muitas vezes ela fica, é, um pouco inadequada , no sentido de eu ter que levar algumas coisas da minha casa ou da biblioteca ou o que eu tenha , **mais é feito um levantamento, um confronto experiencial** deles, é **através do trabalho que eles realizam** no dia a dia,...”*

O enfermeiro desenvolve o processo de educação dos ACS, proporcionando condições de compreensão das necessidades que estes profissionais estão vivenciando na prática, propiciando-lhes o desenvolvimento de sua autonomia a partir da construção do conhecimento *in loco*.

Esta abordagem propicia o desenvolvimento da capacidade da aprendizagem, de enfrentar com criatividade as situações de saúde, de trabalhar em equipe e melhorar permanentemente a **qualidade do cuidado à saúde**. <sup>(74)</sup>

A qualidade em saúde é definida pelo grau de atendimento das necessidades de saúde, que está relacionado aos conhecimentos técnicos e científicos recentes, aos protocolos que organizam as ações e práticas, bem como aos valores culturalmente aceitos<sup>3</sup>. A qualidade na ESF deve ser considerada segundo seu contexto de atuação, (o indivíduo, a família e a comunidade), os profissionais envolvidos, os setores sociais que mobiliza, os interesses e conflitos vivenciados na organização do processo de trabalho local. <sup>(1)</sup> Os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não podem ser inflexíveis, porque a evolução do conhecimento e a dinâmica social estão sempre necessitando de mudanças e aprimoramento na perspectiva de como prestar uma assistência à saúde de qualidade. <sup>(75)</sup>

É possível reconhecer, todavia, que o usuário entende como qualidade adquirir os benefícios esperados frente às suas demandas e necessidades de saúde. <sup>(75)</sup>

Identificamos que o enfermeiro que realiza a EP com os ACS tem a compreensão que esta atividade contribui para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

*E3.4 “... pra gente estar **melhorando o serviço**,..., a gente procura colocar em prática ,..., ai assim a gente, em cada problema que a gente encontra, a gente coloca, coloca pra gente estar estudando e assim **melhorar o serviço**.”*

A qualidade da atenção à saúde na ESF vem se configurando como discussão essencial para a consolidação do SUS. Percebemos, entretanto, que esta abordagem pouco foi considerada mediante os discursos analisados. Assim, sentimos a necessidade de entender os atributos que podem ser definidos para dar conta da complexidade da questão da qualidade do cuidado.

Os primeiros elementos a serem considerados são aqueles que lidam com o funcionamento das organizações, segundo os princípios da administração clássica que são a eficácia, a eficiência e a efetividade. <sup>(73)</sup>

---

<sup>3</sup> Donabedian A. Twenty yers of research on quality of medical care, 1965-1984. Evaluation and the Health Professions 1985; 8:243-65

A eficácia de um serviço refere-se à capacidade de contemplar as necessidades da população pelo suprimento de suas demandas, e a eficiência está voltada para aplicação de recursos, sejam eles físicos, materiais e humanos, visando à sua otimização frente ao alcance dos objetivos propostos. Esperamos que os serviços sejam eficientes e eficazes e, quando isto ocorre, são avaliados como efetivos. <sup>(73)</sup>

Outras características identificadas como essenciais para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde são Otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade<sup>4</sup>.

- Otimização - conceito que lida com a questão custo/benefício, avaliando o efeito do cuidado em relação aos custos. Esta abordagem deve ser considerada principalmente quando há escassez de recursos.
- Aceitabilidade - organização do cuidado a partir das expectativas da população, considerando os aspectos culturais e econômicos locais.
- Legitimidade - refere-se à qualidade do cuidado na perspectiva social, considerando o bem-estar da comunidade.
- Equidade - determina o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade<sup>5</sup>.

Refletindo sobre estes elementos percebe-se o quanto se faz necessária a compreensão de colocarmos como prioridade a formação dos profissionais de saúde, pois a educação permanente desenvolve condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de contribuição na formulação das políticas do cuidado. <sup>(37)</sup>

A formação dos profissionais de saúde, portanto, não pode ser resumida à atualização técnica científica, mas deve englobar aspectos de

---

<sup>4</sup> Donabedian A. La calidad de La atención médica. México (DF): La Prensa Mexicana; 1984.

<sup>5</sup> Donabedian A. La calidad de La atención médica. México (DF): La Prensa Mexicana; 1984.

produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento, promovendo um adequado conhecimento do SUS. Em vista disso, enquanto a **educação continuada** aceita o acúmulo de informações e o cenário de práticas como local de aplicação da teoria, a educação permanente compreende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática. <sup>(74)</sup>

É com a apreensão deste referencial que concluímos que o processo de educação permanente no município de Marília é, ainda, um processo a ser construído efetivamente, pois mesmo com a gestão apoiando os profissionais a deixarem seus afazeres diários e disponibilizando espaços em seus locais de trabalho para refletirem sobre suas ações, as equipes de referência desconhecem ou não aplicam a metodologia da problematização, considerada estratégia potente na transformação da prática em busca da melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

## ***II - Parceria ensino-serviço: aproximação da proposta de educação permanente.***

A articulação das universidades com os serviços de saúde e a comunidade é uma proposta que se constitui a partir na necessidade de transformar a formação dos profissionais da saúde, utilizando o serviço para nortear a aprendizagem que tenha significado ao estudante, promovendo, desta forma, a integração entre os usuários, discentes, docentes e profissionais do campo.

A busca desta integração se faz necessária a partir da identificação da necessidade de se atender a população de forma holística, utilizando os princípios do SUS como norteadores para a transformação do cuidado, saindo da atuação marcada pela produção do conhecimento, pela especialização, uso indiscriminado das tecnologias, fragmentação do cuidado, e, ainda, daquelas regidas por interesses econômicos e individualismo do profissional.

Formar recursos humanos para o setor saúde é uma responsabilidade prevista em lei descrita no artigo 200 da Constituição Nacional de 1988:

*Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:  
III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde;  
V – incrementar na sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. <sup>(76)</sup>*

O objetivo das propostas de mudanças na formação dos profissionais de saúde orientadas pelas novas diretrizes curriculares e apoiadas pelo Ministério da Saúde, deve-se ao fato de se identificar a necessidade de que os profissionais sejam críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta o contexto social para desenvolver um cuidado humanizado e de qualidade. <sup>(77)</sup>

Desde 1992, instituições de ensino de 11 países da América Latina aderem a um programa inovador, com o propósito de produzir mudanças nas universidades, serviços de saúde e comunidades, concomitantemente. Este programa, conhecido como UNI, propõe que os conteúdos de ensino deixem de ser previamente esquematizados para se trabalhar a partir de uma lógica de flexibilização, respeitando o tempo de cada aluno na construção do conhecimento. A proposta de mudança para os serviços estrutura-se na adequação destes, para que se tornem mais efetivos, integrados com a comunidade, sensíveis à realidade local e com capacidade de contribuir com o processo de formação profissional. <sup>(78)</sup>

A Famema adere ao projeto UNI em 1993, iniciando a parceria com a SMS, tendo como objetivo a construção de um sistema de saúde eficaz e eficiente, humanizado com enfoque na vigilância em saúde.

A proposta de valorizar a atenção básica significa dizer que é neste cenário que há interação ativa do estudante com a população e com os profissionais de saúde. Neste cenário é possível acontecer esta integração desde o início do processo de formação, oportunizando ao estudante vivenciar os problemas reais da prática, desenvolvendo responsabilidades como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia. <sup>(44)</sup>

O SUS exige dos profissionais de saúde certas competências como tomada de decisão, comunicação, liderança e responsabilidade na

capacitação de recursos humanos a serem exercidas nos serviços de saúde a fim de efetivar os princípios da integralidade, equidade e universalidade.

A tomada de decisão apresenta-se como uma competência que lhe permitirá desenvolver um trabalho apropriado no que se refere à eficácia e à efetividade dos recursos humanos, medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas. No campo da comunicação, os profissionais devem ser acessíveis e receptivos à integração com os pacientes e comunidade. <sup>(77)</sup>

Dentre as competências, também é esperado deste profissional que exerça a liderança da equipe multiprofissional, atividade que envolve compromisso, responsabilidade, empatia, comunicação e gerenciamento de forma eficaz e eficiente. No entanto, gostaria de ressaltar aquela relacionada à capacitação de recursos humanos (aprender a aprender continuamente), devido à velocidade da produção do conhecimento, visto que é de sua responsabilidade e compromisso participar da formação dos estudantes bem como daqueles que estão sob sua liderança. <sup>(74,77)</sup>

A exemplo deste compromisso, profissionais da ESF no município de Marília vêm atuando como professores colaboradores na Famema, exercendo o papel de facilitador da aprendizagem para discentes da 1ª, 2ª e 4ª séries do curso de medicina e de enfermagem. Este espaço ocupado pelo serviço no processo de educação tem-se apresentado como um modelo de articulação com a academia, favorecendo, além das mudanças na formação de novos profissionais, possibilidade de envolvimento multiprofissional e ampliação das questões cognitivas, psicomotoras e afetivas, a busca de qualificação no cuidado individual, coletivo e em gestão.

Quando voltamos nossa atenção aos profissionais do serviço que atuam juntamente com os docentes da instituição, compondo dupla de facilitadores, constata-se que estes participam semanalmente do programa de educação permanente organizado pela Famema, tendo como condutores deste processo dois docentes, sendo um da área de comunicação, com o objetivo de observar e discutir a dinâmica de grupo, e outro, tendo aproximação com a proposta da EP, com o objetivo de discutir a prática docente na UPP.

Para a execução do processo de EP, realiza-se o ciclo pedagógico proposto pela metodologia da problematização, que envolve confronto experiencial (em que é relatada a vivência com os alunos), síntese provisória (discussão dos relatos e levantamento de questões de aprendizagem), nova síntese (compartilhamento do material estudado e propostas de ações). Esta abordagem vem sendo desenvolvida desde 2004, oportunizando aos profissionais que dela fazem parte a possibilidade de vivenciar a prática da aplicação da metodologia ativa de aprendizagem.

Vale ressaltar que os profissionais médicos e enfermeiros do serviço estão envolvidos nesta metodologia ofertada pela Famema, fato este que levantou a hipótese, antes da execução da nossa pesquisa, de que havia certo domínio por estes profissionais para o desenvolvimento da problematização, visto participarem ativamente desta atividade.

Ao analisarmos os depoimentos dos sujeitos, fica evidente que ao abordarmos o profissional quanto ao conhecimento da política de educação permanente proposta pelo MS, estes explicitaram apenas uma **aproximação desta proposta, a partir da vivência na Famema**, não a compreendendo como uma atribuição a ser desenvolvida em seu local de trabalho, ficando o conhecimento relacionado a esta proposta a ser trabalhada como uma mera atividade acadêmica.

**E4.2** “...eu que, eu **tenho de conhecimento é assim , através daqui da faculdade**”...

**E17.2** “...a gente **vivencia, isso mais na faculdade né, a educação permanente**”...

**E4.2** “...**reuniões freqüentes, né, que não ultrapassassem 15 dias se não fica um tempo muito vago e esses encontros seria o levantamento de problemas através da nossa prática, levantamento das nossas necessidades e aí a gente tenta fazer uma síntese provisória e desse levantamento a gente , se for necessário , a gente faz a busca de várias informações, todos os profissionais integrantes do grupo e retorna pra uma nova discussão,...**, são as dificuldades que a gente traz da prática”...

**E14.2** “...**são feitas essas discussões,...**, é feita a pesquisa e **no próximo momento que é o tempo de uma semana**, retorna no encontro e é feita a discussão, desses questionamentos,...., Ir a busca é literatura, é ir atrás de literatura, documentário, ou seja os

## 6 Resultados e Discussão

---

*meios informativos, que eu tenho aí, livros, internet, aqui nós temos alguns livros na unidade, a busca é essa, "...*

Acreditamos que construir parceria seja um desafio para ambas as instituições. No entanto, mesmo em contextos mais desfavoráveis, a oportunidade de os atores estabelecerem algum grau de diálogo, construir objetivos comuns, compartilharem decisões e saberes configura-se em possibilidades de constituição de novos sujeitos, mais flexíveis a mudanças e abertos para transformações. <sup>(79)</sup>

Mesmo o enfermeiro não realizando a EP em seu local de trabalho, este reconhece sua potencialidade para **mudança da prática profissional** como descrito abaixo nos relatos dos sujeitos.

**E14.3** *"...mas é extremamente válido a questão da educação permanente porque assim, primeiro que a gente observa que tudo evolui né, tudo é modificado, observa-se que dia a dia, aquilo que antes era de um determinado procedimento, de um determinado momento, porque se nós não mantermos atualizados a gente fica por fora, fica meio, passado em diz respeito a essas mudanças, e com a educação permanente, eu acredito que é uma forma de atualização, de mudança de conceito, de aprimoramento, lógico que pessoalmente e extremamente positivo mas pra locarmos essa educação permanente pra equipe, porque se nós nos atualizarmos a gente atualiza a equipe, e atualizando a equipe com certeza acredito que nós vamos dar uma resposta positiva para a comunidade que nos procura, nessa demanda diariamente, então eu vejo como positiva e essencial"...*

**E17.3** *"...o que eu sei que é um processo ótimo de todos os profissionais em formação...,na minha equipe só eu vejo importância disso talvez porque eles não tenham conhecimento"...*

Acreditamos que exista conscientização no que se relaciona à necessidade de mudanças, sem, no entanto, haver execução para a transformação da realidade, ficando somente o sentido de ampliar conhecimentos, habilidades e metodologia de aprendizagem. Não se concretiza a socialização com a equipe para mudanças significativas no processo de trabalho, como se configura a proposta da EP e a parceria ensino serviço.

Apesar do resultado esperado como contribuição para a mudança no processo de trabalho não ser alcançado, concordamos com o estudo de Resck e Gomes <sup>(80)</sup>, no que se refere a entender a formação de parcerias como estratégia a ser construída no dia-a-dia, delineando caminhos e viabilizando mudanças na ordem da reiteração para a transformação.

Queremos ressaltar nossa indignação e reservas quanto ao aspecto relacionado ao desconhecimento da Política Nacional de Formação de Recursos Humanos para o SUS, pois, segundo ela é atribuição do enfermeiro realizar EP com os ACS e auxiliares de enfermagem integrantes da equipe.

Salientamos, ainda, que a falta de oportunidade para o conhecimento e aplicação desta ferramenta de gestão, por parte dos enfermeiros que não têm inserção no processo de educação realizado pela articulação ensino/serviço, constitui um fato importante para este **desconhecimento**. Há necessidade de atenção especial por parte dos gestores, pois não se tem propiciado a eles a possibilidade de envolvimento com profissionais capacitados nesta metodologia para estimular a sua utilização.

*E3.1 “... na verdade eu **não tenho conhecimento claro** das políticas de Saúde, da parte da educação permanente...”*

*E4.1 “ (Silencio , sinal de incompreensão) **Eu não sei.**”*

*E7.1 “(Silencio e expressão de desconhecimento do assunto). **Não sei, educação permanente** “*

*E8.1 “De escrita **eu não tenho nada de informação,...**, se existe eu não tenho conhecimento.”*

*E16.1 “... eu **conheço pouco da literatura**, sobre educação permanente.”*

Esta reflexão corrobora estudos em que se identifica o fato de que os enfermeiros reproduzem na sua prática profissional a mesma concepção pedagógica de educação que receberam durante sua vida acadêmica, na graduação ou pós-graduação. <sup>(68)</sup>

As parcerias ensino/serviço devem ser construídas com base na reflexão crítica sobre as práticas e permitirem a participação dos atores envolvidos, principalmente no tocante a receberem apoio técnico e político. É de extrema importância negociar iniciativas inovadoras e articuladas em quatro campos, como alternativa de contribuição das universidades para com os serviços, a saber: produção do conhecimento, educação permanente nas equipes de saúde, mudanças na graduação e prestação de serviços. <sup>(77)</sup>

Sabemos que esta parceria não contempla todas as equipes da ESF, e que sendo uma premissa do ministério a execução da EP neste cenário, é urgente a contribuição desta parceria, e/ou da gestão no processo de capacitação dos profissionais ainda não envolvidos com esta ferramenta, tendo como finalidade a unificação de ações relacionadas a mudanças na prática dos serviços de saúde.

Esta pesquisa poderá, pois, contribuir para se repensar na parceria ensino/serviço, visto que, as contribuições da instituição para o serviço são evidentes, por provocar a reflexão dos profissionais sobre a prática, estimulando-os a repensarem posturas, atitudes, organização do processo de trabalho. No entanto, em relação ao processo de educação permanente, que hoje acreditamos ser uma ferramenta indispensável para a gestão local, fica claro que não tem sido realizada nas unidades de Saúde da Família.

**7 PARA REFLETIR SOBRE A NOSSA PRÁTICA...**

## 7 PARA REFLETIR SOBRE A NOSSA PRÁTICA...

### 7.1 Considerações Finais

Neste estudo pudemos constatar que o processo de educação ainda acontece pautado na metodologia tradicional de ensino; sendo realizado, na maioria das unidades, pelos profissionais de nível superior que compõem as equipes de referência. Durante o período destinado pela Coordenação da Atenção Básica para capacitar os ACS, são realizadas reuniões administrativas, com objetivo de organização do serviço. A educação permanente acontece em apenas uma unidade de saúde da família, entre as que fizeram parte deste estudo.

No que se refere à compreensão da política de educação permanente, pudemos identificar que a maioria dos sujeitos desconhece esta proposta enquanto política pública e, embora aqueles que apresentam esse conhecimento atribuam-no à participação como professor colaborador da Famema, não há execução desta proposta na prática.

Os conteúdos são transmitidos aos funcionários, por treinamentos organizados pelo profissional destinado ao desenvolvimento desta atividade. Há de se considerar que a maioria dos profissionais solicita que os ACS escolham o assunto a ser trabalhado, o que se considera um avanço, pois permite sua participação, porém a transmissão de conhecimento é predominante, aproximando-se de certa forma da proposta da educação continuada.

Sabemos que para fazer EP é necessário problematizar situações vivenciadas na prática com os participantes do grupo, sendo necessário contextualizar as bases sociais, políticas e tecnológicas, organizar o atendimento, considerando as necessidades de saúde das pessoas, comunidade e da gestão local. Seguindo esta concepção de que problematizar é necessário, identificamos, nos relatos, que os profissionais não demonstram ter esta habilidade, levando-nos a concluir que este

processo ainda não está sendo utilizado pela grande maioria dos profissionais do serviço.

Queremos ressaltar que existe uma parceria do ensino (Famema) com o serviço (SMS), e que a academia tem como diretriz curricular a metodologia ativa de ensino – aprendizagem, propiciando aos profissionais do serviço momentos de EP e de supervisão dos estudantes em campo de estágio. Sendo assim, esperávamos encontrar nas repostas dos sujeitos da pesquisa relatos que apontassem conhecimento e habilidade para a execução do processo de ensino problematizador. No entanto, não foi o que ocorreu. Para não dizer que todos estes profissionais do serviço não problematizam nos momentos de ensino com os ACS, evidenciamos apenas uma das falas relatando que o faz. Os demais verbalizaram apenas uma aproximação com a proposta.

A Famema tem mostrado uma riqueza imensa, promovendo momentos de reflexão da prática, instigando-nos à execução de mudanças, inovações, procura de novos paradigmas, mostrando o quanto ainda podemos fazer para a melhoria na qualidade do cuidado individual, coletivo e de gestão quando do desenvolvimento de EP com os profissionais que se responsabilizam pela assistência e gestão, no sentido de buscar uma melhor condução do processo de trabalho. No entanto, verificamos que os enfermeiros ainda não conseguem colocar em prática os momentos de EP.

Os resultados encontrados nos preocupam a partir do momento que identificamos que não estamos agindo conforme o proposto pelo Ministério da Saúde, mas também acreditamos que outros fatores devem ser considerados para transpor uma prática empírica, rotineira e alienante, para uma prática fundamentada, consciente e responsável.

A partir deste estudo, apresentam-se como propostas:

- A necessidade de os profissionais da equipe de referência (médico, enfermeiro e dentista) participarem de capacitações, oficinas e cursos em relação à educação permanente, bem como reconhecerem as ferramentas utilizadas no processo de problematização da prática juntos, para que conheçam, compreendam e utilizem a EP durante a gestão local, visto que

todos podem ser facilitadores, desde que consigam desencadear a reflexão coletiva sobre os problemas que impeçam a equipe de realizar o cuidado integral da comunidade assistida.

- A necessidade de rever a parceria no que se refere à educação permanente, a fim de identificar quais lacunas devem ser preenchidas para se obter a aplicação na prática, tendo especial atenção ao desenvolvimento da EP de forma segura, convincente, atendendo aos princípios estabelecidos enquanto instrumento de avaliação das atividades realizadas e às necessidades de orientação que o grupo encontra em busca de resolução de problemas vivenciados no mundo do trabalho, procurando sempre compartilhar as atualizações.

A nosso ver, estas questões, embora sejam difíceis de serem trabalhadas, são urgentes. Acreditamos, porém que só poderá trazer subsídios para viabilização de uma prática mais segura para a equipe, usuários e comunidade, como também a redução das complicações que podem ser geradas decorrentes de ações isoladas e inconseqüentes, que podem ser evitadas, se a equipe compartilhar vivências em busca da resolução fundamentada em evidências científicas, decididas pela equipe de trabalho em momentos de EP.

## **APÊNDICE A**

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a):

Você está convidado (a) para participar, voluntariamente, de uma entrevista que servirá para a realização de uma investigação científica intitulada: Analisando a prática dos enfermeiros na educação dos Agentes Comunitários de Saúde no Programa de Saúde da Família, tendo como pesquisadora a Enfermeira Vanessa Baliego de Andrade Barbosa.

Leia atentamente as informações a seguir antes de dar o seu consentimento.

1. A pesquisa tem como propósito identificar as práticas de educação utilizadas pelos enfermeiros para a capacitação do ACS; analisar se as práticas de educação realizadas atendem integralmente as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde referente à política de Educação Permanente.
2. Caso você participe do nosso estudo, não haverá nenhum problema institucional, legal ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde.
3. A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para se retirar da pesquisa a qualquer momento.
4. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da atividade, assim como a qualquer momento durante a discussão.
5. Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade ou de outro participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa.
6. A entrevista será gravada em MP3 e após o pesquisador transcrevê-las serão deletadas.

Eu,....., abaixo assinado (a), concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela equipe da pesquisa.

\_\_\_\_\_

(nome do participante)

\_\_\_\_\_

(assinatura)

\_\_\_\_\_

(data)

Vanessa Baliego de Andrade Barbosa RG:254795626 Fone:34176761 E-mail:  
[baliego@famema.br](mailto:baliego@famema.br)

**APÊNDICE B**

**CODIFICAÇÃO**

Entrevista 01 – 12/02/07

*“É, a gente procura trabalhar, é, E1-3 diante do levantamento que a gente faz em serviço das necessidades deles, é, a gente sempre trabalha na metodologia da aprendizagem significativa, e, - é lógico que tem algumas demandas que eles trazem pra gente, E1. 3 - e a gente tenta problematizar isso neles. Outras coisas a gente detecta uma necessidade dos ACS e aí a gente problematiza aquilo que a gente vê de necessário, pra que seja de certa forma significativo pra eles E1-2 gente possa então fazer um treinamento. É normalmente, eu faço as reuniões uma vez por semana, e aí nessas reuniões a E1. 3 gente faz a problematização das necessidades e os ACS normalmente vão a campo, vão à busca de informação. Então eles vão se instrumentalizar de texto, de material, ou de casos que tenham na área deles, e aí eles trazem depois, pra gente tá discutindo e chegando a um consenso. Se a gente precisa de um apoio mais técnico, E1-1, a gente lança mão do médico, ou qualquer profissional da equipe pra tá dando um auxílio no que for mais específico.”*

Qual a sua compreensão da política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*“Eu entendo hoje que a E1.1 Educação Permanente, ela é hoje uma política, então deve ser desenvolvida como qualquer outra política, e deve fazer parte de todos os serviços de saúde . É, é, o entendimento de E.P. acho que é um pouco difícil ainda hoje, né, mas a gente procura trabalhar E1.2 nesta metodologia, de ser significativo de levantar o problema na realidade, lá na prática nossa pra tá trabalhando isto. Eu entendo que é realmente como o Programa Saúde da Família, ele é uma política de atenção, eu entendo que a E.P é uma política que deve ser instituída pra uma melhor compreensão, melhor desenvolvimento do próprio Programa de Saúde da Família e aí pra todos os profissionais, né ,especificamente. A gente é claro que trabalha mais com o ACS e com os Auxiliares de enfermagem, mas não que, não necessariamente os outros profissionais da equipe não tenham necessidade de fazer, acho que todos têm que passar por esse processo.*

Entrevista 02- 14/02/2007

*Faz pouco tempo que eu estou fixa nesta unidade. Então faz quatro meses só que eu estou aqui, ou seja E2-2 eu não tive uma oportunidade de fazer um planejamento em cima disto. A gente ta numa fase ainda de conhecer a unidade, de conhecer as pessoas daqui, mas assim, eu pretendo estar fazendo isso e eu acho assim, isso em reunião dos ACS que é mais fácil, porque aí surgem mais problemas, né, mais as dificuldades deles mesmo E2-3 acho que têm que partir deles, as dificuldades partem deles mesmos, e daí assim tem que fazer sentido, né e daí ir buscar, tem que ir atrás, então é isso que eu pretendo, não que eu tenha feito isto até o momento, porque eu era substituta e passei em várias unidades e não tinha tempo de planejar.*

E esta experiência de você ser substituta, você gostaria de comentar alguma coisa que você presenciou?

*Eu sei que em algumas unidades assim, a gente presencia pouco porque fica pouco tempo né, E2-2 mas tem algumas unidades que realizavam a Educação Permanente né, que a enfermeira instigava mais e fazia isso em reunião de equipe mas eu nunca consegui presenciar isso, até porque eu não ficava com a outra enfermeira né, ia substituir só . Então não teve como eu dar continuidade nisso nas unidades porque a gente fica muito pouco tempo mesmo. Mas deixa-me lembrar uma outra coisa, assim, teve o curso dos ACS, pude participar um pouco mais aí é uma coisa mais à parte né, era o curso mesmo tinha toda uma metodologia do curso dos ACS, Não sei se isso seja relevante agora no momento.*

Eu queria que você colocasse qual a sua compreensão da política de Educação Permanente que o Ministério da Saúde tem.

*Que o Ministério tem com relação aos ACS? É essa pergunta?*

Não, é a política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde, para ser uma política de saúde. Ela é uma política de saúde, também, ela foi instituída para a educação dos profissionais de saúde.

*Também tive pouco contato, também participei durante um ano da educação permanente das enfermeiras aqui na Secretaria de Saúde de Marília. Então assim, eu participei como membro do grupo, não que eu tinha feito isso como coordenadora, alguma coisa assim. Posso ler a pergunta?*

Se tiver dúvida, pode ler.

*Então eu penso assim, pelo que eu entendi, pelo que eu participei, E2.2 faz uma reflexão da prática , então, então assim, a gente tinha encontros , assim, mensalmente, então assim partia dos problemas que o grupo levantava, né, então a gente ia buscar, mas assim, eu entendo que fazia sentido pra gente, à gente buscava o que a gente necessitava no momento, que o grupo necessitava. Não tenho mais contato além disso, foi o que a gente, a gente fez. Assim, que eu tenho de conhecimento, até porque eu não tinha contato com a faculdade, agora que eu vou ter porque eu estou com aluno. Acho que é essa a experiência mesmo.*

Entrevista 03 – 04/05/2007

*Nesse momento por causa da dengue, né, da epidemia, não estou fazendo da maneira que eu sempre fiz, durante os quatro anos que estou trabalhando nesta USF. Mais eu, é, quando E3.2 eu faço educação permanente, E3.3 é eu faço a partir dos problemas e das necessidades que os Agentes comunitários me trazem, eu faço com a metodologia da problematização que é trazer os problemas pra unidade E3.2 numa reunião que a gente faz, semanalmente,é, toda sexta-feira, a gente discute os problemas, né, E3.3 levanta as questões, é,e, e busca material para estar estudando, E3.4 pra gente estar melhorando o serviço,é, E3.2 é feita uma supervisão, que esta supervisão não é feita com o intuito de, é, repressão, é ou né ,pra,pra,pra, mais é crescimento da equipe e também pra conflito, resolve conflito, né tudo a gente procura trazer embasamento, teórico ,né, estando buscando na literatura. E3.3 Uma dificuldade que a gente tem é à busca do material, da bibliografia, porque muitas vezes os agentes comunitários , tem dificuldade por estar encontrando isto,por não ter acesso à internet, a uma biblioteca em mãos e assim acaba que a metodologia*

*usada muitas vezes ela fica, é, um pouco inadequada, no sentido de eu ter que levar algumas coisas da minha casa ou da biblioteca ou o que eu tenha, mais é feito um levantamento, um confronto experiencial deles, é através do trabalho que eles realizam no dia a dia e depois isso também pode ser levado também na reunião de equipe, né que a gente se estende pra reunião de equipe, não fica só, só focado nos Agentes Comunitários que inclusive eles é que fazem a apresentação do que foi estudado, do que foi levantado de problemas, pra ver se também é o problema da equipe de saúde, é, E3.4 a gente procura colocar em prática, e.....*

**Prática?**

*Colocar em prática o que a gente levantou de problema, por exemplo, se há algum problema na unidade que a equipe está tendo uma dificuldade ou se é um problema, por exemplo a gente estava com uma baixa cobertura de papanicolau, né. Então o que a gente fez, foi procurar como, fazer uma entrevista, montamos um questionário né, um termo de consentimento, levou pras pessoas, pra população, pra elas responderem o porquê elas não estavam fazendo o papanicolau e descobriram que a maior causa é porque as pessoas tem vergonha ou não tem conhecimento pra que, que serve aquele exame, aí com isso foram levantadas junto com a equipe e primeiramente com os Agentes Comunitários e depois com a equipe, algumas estratégias pra gente ta podendo melhorar esta realidade, e ai, a partir disso é, a gente realizou algumas atividades, a gente fez, é, o dia né, da mulher, que a gente fez um sorteio né, pra estar estimulando as mulheres a estarem participando do grupo de papanicolau para orientação na sala de espera, é a gente fez um dia de papanicolau que era só para fazer isto, é a própria equipe se mobilizou em falar nas consultas, na hora de estar entregando uma medicação, se o papanicolau estava em dia, se tinha algum problema, alguma vergonha, alguma coisa assim, colocar o paciente numa sala e explicar pra que serve, com cartazes, é fazendo ilustração mesmo, do que está ocorrendo e E3.4 ai assim a gente, em cada problema que a gente encontra, a gente coloca, coloca pra gente estar estudando e assim melhorar o serviço.*

A segunda questão eu queria que você colocasse qual a sua compreensão da política de Educação Permanente que o Ministério da Saúde tem?

*Então, E3.1 na verdade eu não tenho conhecimento claro das políticas de Saúde, da parte da educação permanente, né, mas assim o que eu tenho claro, assim pelo menos eu tento fazer da maneira que eu acho correto né, que é a maneira que eu tenho contato, E3.3 que é a partir da metodologia da problematização, né, que é a partir das necessidades dos agentes comunitários, da população, que é discutir os problemas.*

Obrigada.

OBS:Após a entrevista, a entrevistada solicitou que eu retificasse sua fala quando coloca que utiliza a metodologia da problematização e não PBL, que refere ser outra estratégia.

Entrevista 04 – 08/05/07

*Atualmente nós estamos num processo de E4. 2 encontros semanais, né, só E4.1 que esse encontro não fica focado somente na enfermagem, somente comigo, semanal, fica uma semana comigo, uma semana com a médica e uma semana com a dentista, visto E4.2 que eu acho que ele tem que ser capacitado neste momento, não só por mim, por que tem as questões odontológicas e ele tem que ter todo, acredito que ele tenha que ter um olhar ampliado. Então assim, a nossa proposta nessas reuniões E4.3 é que eles tragam as necessidades , então a gente não vai com uma pauta fechada para as reuniões, eles trazem as necessidades e dessas necessidades a gente tenta articular, conversa um pouco, vê o que eles têm de conhecimento, então vamos lá, dificuldade em acompanhamento de gestante, por exemplo, a gente tem que ver o que eles tem de conhecimento e a partir daí a gente tenta, trabalhar as dificuldades. É mais ou menos essa proposta. É esta a proposta. Isso comigo. Com a dentista ela é nova na unidade, ela está num processo de vir com algumas pautas, meio que fechadas, que eles têm que entender, daquela forma, m com a médica ela já*

*é mais fácil, eles já levam umas discussões é...., então assim , acho que da pra englobar desde visita, é dificuldades na unidade digitação, acho que dá pra gente vê , tudo que o agente comunitário aqui em Marília tem por objetivo fazer, acho que dá pra gente aos pouquinhos fazer.*

Faz de que forma a dentista?

*E4.3 Ela vem com uma pauta fechada, então a assim ela vem e diz," hoje eu quero discutir isto com vocês", sem ser a necessidade dele, e ai eles ouvem a gente, vê que não flui. É uma coisa assim, talvez não seja significativo pra eles, pode ser que para ela seja, pro agente não é, é que ela esta num processo novo, acho que E4.2 ela quer tentar passar tudo que ela acha que é importante, e ai a gente vê que não absorve, E4.3 às vezes eles ficam com raiva, com algumas colocações , né, acho que não é daquele jeito, que não tem espaço, foi até eles que , que o nó que nós vimos em nossa unidade, as dificuldades do acolhimento odontológico, foi através destas reuniões que eles começaram a perceber e não tinha abertura, então eles trouxeram pra reunião de equipe.*

Qual sua compreensão da política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*E4.1(silencio , sinal de incompreensão) Eu não sei se E4.2, eu que, eu tenho de conhecimento é assim , através daqui da faculdade e se essa seria a proposta do Ministério da Saúde, né. Seria E4.2 reuniões freqüentes, né, que não ultrapassassem 15 dias se não fica um tempo muito vago e esses encontros seria o levantamento de problemas através da nossa prática, levantamento das nossas necessidades e ai a gente tenta fazer uma síntese provisória e desse levantamento a gente, se for necessário , a gente faz a busca de várias informações, todos os profissionais integrantes do grupo e retorna pra uma nova discussão e se for necessário dessa discussão, surgirem outras acho que Educação permanente é, é , não tem nada muito fechado é como proposta de pauta , eu acho que isto é muito claro, são as dificuldades que a gente traz da prática, só que aí não pode ficar só, eu acho, eu acho , tem que embasar teoricamente, que tem um momento de*

*busca , porque se cada um ficar achando fica no achado e daí , (risos) que é nada valido.*

Entrevista 05 – 09/05/07

Como você trabalha com o processo de Educação dos Agentes comunitários de saúde?

*Lá na unidade gente realiza reunião semanal com todos os agentes comunitários, a colaboração do Cefor foi muito importante porque eles, não tinha o conhecimento do processo saúde doença, do adoecer, da vigilância em saúde, saúde coletiva, do cuidado individual, era bem fragilizado, com o Cefor, isso ajudou, melhorou e fortaleceu o trabalho em equipe. Então E5.2 nos reunimos toda semana, uma vez por semana e aí a gente discute né a rotina da unidade E5.3, se está vindo uma campanha, que estratégias vamos usar, se está vindo um dia comemorativo que estratégias vamos adotar, discutindo alguns casos né, se está em pendência ou que tem dúvidas , falamos um pouquinho da avaliação da unidade, do trabalho deles, da digitação, das famílias. Então essa reunião é uma reunião aberta para eles trazerem e colocarem as coisas, então se de repente sai alguma dúvida, a gente também está esclarecendo nessa reunião. E5.1 Antes fazia só eu, só o enfermeiro, aí eu combinei com a médica, com a dentista, que cada semana um iria fazer, porque também é importante outros profissionais participarem porque uma questão da agenda é sempre muito complicado, então assim agora a médica só consegui fazer duas vezes, mais então eu e a dentista estamos fazendo essa ponte, de conversar de trazê-los para próximo de ouvir as angustias né, mais aí a gente percebe, que tem aquela questão do trabalho em equipe né, então teve em ACS que ele fez uma fala assim. “Há eu não sou auxiliar de enfermagem”, agora eu virei auxiliar de enfermagem.*

*Então que compreensão que ele tem do trabalho em equipe.*

Auxiliar de enfermagem ?

*O agente comunitário fez esta colocação, a respeito de uma receita, de uma medicação, ele falou assim eu sou agente comunitário e não auxiliar de enfermagem.*

*Então o que ele entende por trabalho em equipe, qual a compreensão, será que ele dá todo do dele, outra agente em outra reunião ela falou assim. Os pacientes chega aqui na frente, xinga, grita, entra dentro do consultório é um docinho. Ele entra lá com vocês é uma graça é ótimo, eu falei então vamos tentar entender esta fala, entender isso que você falou, o que é interessante, né, porque ele chega lá na frente e fala alto e grita, e não respeita, sendo que ele conhece você bem mais que eu, porque eu estou aqui no Parque dos Ipês há um ano. Vamos falar disso, vamos pegar esse caso que você trouxe que foi uma realidade para a gente tentar entender. Que eu não sei entender porque a gente vai na casa dele, trata bem, tem vínculo, então né, eu vou falar de mim, lá quando entra no meu consultório. "Oi Dona Maria, como vai, tudo bem? Seu José como vai? E a netinha melhorou? E como à senhora está se sentindo! Como passou? né, faz um mês que eu não a vejo". É diferente do que ele chegar ao balcão, e ela fala, "que é o Seu?". Né. Então a população ela tem essa percepção. Pode ser inconscientemente, ela não vai chegar, falando, não eu vou lá, vou dar bafão, vou xingar, se é a Lúcia, se é a Joana, se é a Maria que está na recepção, mas ela tem essa compreensão. Então é diferente que você recebe com um sorriso, né, porque isso também tá imposto para profissional da Saúde. Porque você chega numa loja, e você vai comprar uma calcinha, aí eu queria uma calcinha vermelha e uma calcinha preta, e a vendedora faz (burr.....), ela bufa pra você? Tipo assim, um vai fazer uma orgia? Não né, ela está com um sorriso, ela te mostra varias cores, sempre alegre, uma com rendinha, uma sem rendinha. Não é assim? Aqui também, mesma coisa, né, então acho que vocês tem que parar de dar esse 1%, não é Vanessa? E a economia da economia, é o racionamento, para de dar esse 1%, dá mais, acho que todo mundo pode dar mais, né. Aí ficou de uma reflexão. É um assunto que não vai se esgotar, que iremos fazer posteriormente. Então a gente procura fazer isso, mas nós estamos com uma dificuldade porque 3 AC são novas, não fizeram o Cefor, vieram da comunidade então ainda não*

*tem a compreensão da diferença do modelo de atenção, não tem a compreensão da evolução da saúde no Brasil porque o PSF veio, para renovar esse modelo às questões do SUS, elas são muito fragilizadas nesta questão. Elas não conseguem fazer essa comparação. "Ah mais é bastante gente mesmo, podia ter outro médico né", são ACS há 4/5 meses, então não tem essa compreensão do modelo antigo, da especialidade, né, então isso também é um processo que a gente tenta nas reuniões está colocando, que às vezes a gente percebe que elas não ficam a vontade, às vezes começa permear uma discussão se né que ela está meio assim, às vezes não está entendendo direito o que está fazendo. Mas acho que é isso mesmo, chegou agora E5.2, é um processo de treinamento. Mas que com o CEFOR, a escala melhorou muito crescente, pena que as novas não deu para continuar.*

*Mas é positivo. Se não tem a reunião elas cobram né, então aquela questão assim eu preciso discutir, preciso passar para alguém, não introjeta, não traz para você, é aqui na mesa que nós vamos discutir e tentar solucionar, e se a gente não consegue, a gente leva para a reunião do Grande Grupo, que é sexta feira a reunião de equipe, nós discutimos a estratégia, o que vocês acham, o que a equipe pensa, é na reunião de equipe.*

Qual sua compreensão da política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*Então, na onde eu estou não tem essa política, não existe, nem pro profissional enfermeiro, nem pra equipe, isso veio de uma proposta que eu e a médica E5.2, a gente pensa que é de trazer relatos da prática, pra o grande grupo e discutir isso aí, né, a partir de um encontro que ela vivenciou. Então eu tenho uma gestante, o marido colocou ela para fora de casa, não tem o que comer, e aí ela pega o galho, o tijolinho, põe fogo. Demora 4 h para cozinhar um feijão porque a hora que aquele feijão está secando ela põe água fria de novo. Então né, enquanto cidadão, é uma questão de cidadania, o que que a gente pode fazer para ajudar, né, será que a gente consegue uma panela de pressão para ela? Será que se a gente se articular*

*a gente não consegue um gás, se a gente se mobilizar a comunidade, tem supermercado, tem várias coisas, então montar um plano de cuidados, um plano de ação na questão colegiada, dentro da equipe né.*

*Então isso nós fazemos porque temos coragem, porque temos isso como importante, e temos isso de relevância, que reverte isso para a equipe e para população, e o profissional médico me ajuda bastante nesta questão. Minha dentista está de licença gestante, então estou um pouco fragilizada, mas o médico me ajuda bastante. Então nós fazemos toda sexta feira 1 h antes da reunião de equipe a EP, então a gente levanta uma questão, discute um problema que elas trazem qualquer membro da equipe, e aí a gente vai buscar alternativas, busca experiência para poder estar investindo nisso, mas em nível de coordenação não tem nada referente a isso, nem com profissional de referência, nível superior, nem nível médio.*

*Existe algumas capacitações, está tendo o introdutório agora, mas não tem isso né, e me sinto muita falta né, eu vejo esta questão de motivação, trabalhar as angústias da equipe, será que todos os dias a gente consegue chegar lá rindo. Bom dia! Como trabalhar isso com as pessoas, e é uma mudança interna, da pessoa querer fazer, querer estar aberta para as mudanças, dar mais que 1%.*

Entrevista 06 – 09/05/07

Como você trabalha com o processo de educação do ACS de sua unidade?

*E6.2 Então eu faço reuniões semanais com todos os agentes, e eles trazem na maioria das vezes, é um problema E6.3 uma experiência que eles tiveram durante a semana, em cima dessa experiência a gente vai discutir, como é a melhor maneira de agir, o que fala algumas diretrizes né, mais nada sistematizado, E6.1 quando eu comecei lá eu tive que dar uma, lá no Figueirinha né, foi um pouco diferente eu E6.2 comecei dando algumas orientações mesmo, direta porque eles estavam vindo de uma unidade diferente de uma unidade básica de saúde, eles tinham outros conceitos, né, e ali E6.3 eu tive que direcionando conversando realmente o que era o programa qual o objetivo dele, qual o papel dele ali dentro da unidade, dentro do programa mesmo. Isso eu fazia sempre em reunião semanal e às vezes se expandia pra reunião de equipe também. Mas depois que eles*

*pegaram essa parte mais básica eu E6.3 vou trabalhando semanalmente mesmo, com o que eles trazem de demanda, o que é mais urgente mesmo. Às vezes até eles se propõem a, na discussão percebem que há uma falha, uma falha não, uma deficiência da equipe toda de estar discutindo isso na reunião de equipe, a gente consegue fazer esse gancho, deles estarem identificando uma falha na equipe, uma deficiência na equipe, E6.4 deles estarem levando para uma discussão maior.*

Você colocou que direcionava?

*Eu dava temas mesmo o que era hipertensão, o que eles precisavam saber do paciente hipertenso, qual o objeto da visita do hipertenso, os nomes das medicações que eles não sabiam nada, então era uma coisa, bem direcionada mesmo. Diabetes eu tive que falar o que era diabetes era mais neste sentido que eu direcionava, agora que eles já sabem mais sobre isso, que eles já têm mais claro, é do dia a dia mesmo.*

Qual a sua compreensão da política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*E6.1 Então, é .....(sinal de incompreensão) eu tenho assim, E6.2 eu vejo a educação permanente, pra discutir mesmo a prática, do dia a dia, tem que ser uma coisa é, é, mais contínua é, permanente, e, e, assim a única coisa que eu entendo, uma prática nossa, continua e sempre trazendo questões da prática que fica mais significativo.*

Entrevista 07 – 09/05/07

Como você trabalha com o processo de educação dos ACS de sua unidade?

*O E7.2 que a gente trabalha é durante a reunião de equipe. Sempre na reunião anterior, era abordado um assunto ou levantado um tema e aí a gente trazia, E7.1 tanto trabalhava eu, quanto o médico E7.3 então a gente trazia textos, trazia dinâmicas, e aí se a dúvida era em relação à visita domiciliar, a gente trazia nesta questão, trabalhava nas patologias, né, doenças crônicas trabalhava até a questão do atendimento como deveria ser o comportamento do AC.*

Junto com os agentes você falou?

*Junto com os agentes e com a equipe, eles levantaram uma questão e a gente trabalhava esta questão. Às vezes era por uma situação que tinha ocorrido, na unidade e a gente discutia a questão e então era levantado o assunto em cima disto.*

Qual a sua compreensão sobre a política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*E7.1 (Silencio e expressão de desconhecimento do assunto).*

*Não sei, educação permanente no dia a dia, a gente trabalha as questões. Mais isso!*

Obrigada

Entrevista 08 – 10/05/07

Como você trabalha com o processo de educação dos seus A.C.S?

*Estou aqui faz um ano neste posto, E8.2 então eu faço reuniões semanais com eles, segunda feira a tarde uma hora por semana a gente tira dúvidas deles, discute casos, E8.3 se precisar fazer alguma orientação, até de PKU, idade certa, vacina, tudo a gente tira neste horário, fora isso também na reunião de equipe, que a gente passa alguns comunicados, faz alguma orientação de um modo geral, não só para eles, e pontual, quando eles tem algumas duvidas fora esse período também eles podem estar me procurando, a gente tira ali na hora.*

Essas dúvidas ?

*Quando há um caso mais urgente, de alguma visita, que precisa ser esclarecido antes, não dá para esperar segunda feira, então com alguma dúvida em vacina, foram em uma casa e ficaram em dúvida de alguma coisa, então eu já tiro para eles darem a resposta ao paciente..*

Qual a sua compreensão da política de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*E8.1 De escrita eu não tenho nada de informação, a que eu tenho é assim é só o que eu converso com outras enfermeiras que elas me passaram que há muito pouco. Que é todos os profissionais de saúde precisam estar fazendo essa educação permanente, não só agentes, por isso que eu comecei com eles há 2 meses só. Agora lê algum protocolo, se existe eu não tenho conhecimento.*

Tá jóia, obrigada.

Entrevista 10 – 11/05/07

Como você trabalha com o processo de educação dos ACS?

*E10.2 A gente procura fazer uma reunião semanal que dura  $\pm$  1 h e dentro deste período a gente tenta, abordar o que eu identifico que eles tenham mais dificuldade. Né, E10.3 o dia a dia, deles, durante as visitas, ou no atendimento aqui na unidade, alguma coisa que eu consigo pegar na recepção, né que eles tenham dificuldade em orientar no balcão e aí a gente tenta né, vê, o que está mais sendo deficitário para eles e a gente aborda nas reuniões que a gente faz.*

Qual a sua compreensão da política de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*Eu acho que é ter, E10.3 que a gente trabalha levando em consideração o conhecimento prévio, que os participantes já tem e tentando abordar de uma maneira que eles se sintam envolvidos com um determinado assunto. Então assim eu procuro sempre abordar o que é do interesse deles também, não só o que eu acho importante que eu quero falar naquele momento.*

*Acho que é isso.*

Entrevista 11 – 14/05/07

Como você trabalha com o processo de educação dos ACS de sua unidade.

*Bom é, eu acho assim, primeiro trabalho E11.2 a gente faz no dia a dia é, não adianta a gente querer marcar a reunião de rotina durante a semana, marcar um horarinho pra resolver os problemas, que eu acho que não é isso que funciona, eu acho que é o dia a dia mesmo, que é aonde a gente vai estar pegando os nós dos trabalhos dos agentes pra gente está orientando mesmo né, o trabalho direcionando, orientando pra eles estarem desenvolvendo um bom trabalho na unidade.*

Como são esses nós que você falou?

*Todos? rsrsrsrs...*

*Ah! Eu acho assim todo o processo de trabalho do AC ele deve ser muito bem orientado, se não o trabalho deles acaba ficando muitas vezes em vão, né, porque não é o fato deles estarem indo na casa e perguntando, não é perguntar se tomou remédio, não tomou, então tá bom tchau. É uma coisa muito mais ampla o fato deles estarem indo até a casa, primeiro que, se não é uma coisa muito bem orientada corre o risco de invadir o espaço do usuário e às vezes nem ele está sabendo o que está fazendo lá. Então isso pra mim é o mais importante é o fato dele estar chegando à casa do usuário e de como ele vai estar abordando esse usuário e de como ele vai estar orientando esse usuário, olha o que eu estou fazendo aqui, pra que eu estou aqui entendeu? Então eu acho que isso é o mais importante. Ele tendo essa informação ele vai chegar a casa, ele vai saber explicar, ele vai poder trazer uma demanda da forma adequada né, e isso vai fazer com que ele mesmo desenvolva um bom trabalho, ele e a equipe, porque se, vamos de dizer, uma informação na casa, e guardar pra ele, acabou o trabalho.....então é esse o fato que eu acho se o agente comunitário não está bem orientado o trabalho dele fica em vão.*

Como seria estar bem orientado?

*Acho que é isso, mais ou menos isso que eu falei. É ele estar sabendo, o que que é o dele, pra que ele ta lá, qual é a função dele ali, só saber se tomou remédio ou não tomou. Como é que ele vai fazer essa investigação, não sei se caberia essa palavra investigação, mais E11. 3 Acho que é isso mesmo, o que ele está fazendo lá, pra que não é pra saber da vida do usuário, mas sim colher uma informação adequada de uma demanda que apresente a família, pra estar podendo trazer, pra quem trazer e como trazer, né. Então ele sabe de uma coisa na casa, o que ele vai fazer com aquilo, pra onde ele vai levar. Se ele não tiver bem orientado pra isso ele não vai levar pra frente. Ele vai falar assim “Aí imagina isso não é importante”.*

Qual sua compreensão da política de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*Acho que é isso que eu falei no começo, não basta a gente ta marcando um horário pra gente estar discutindo, não só isso é importante, mais eu acho que é o dia a dia. É o fato de a gente estar no dia a dia é, orientando e falando, mostrando é corrigindo é estar sempre trazendo informação nova é você está colocando o agente comunitário até você mostrar pra ele, o que está fazendo lá fora tem um fundamento, o que ele faz aqui dentro, não só lá fora tem um porque daquilo e com isso estar trabalhando é, todos os fatores por que muitas vezes o agente comunitário começa a trabalhar sem ter base nenhuma e se ele não tiver essa educação no dia a dia de trabalho dele é não flui o serviço né, porque ele não sabe pra que ele está lá, e é eu acho que é uma continuidade, desde que ele entra, pra ele desenvolver um processo de trabalho adequado ele precisa dessa educação constante, não basta só, ah, ta bom, hoje nós vamos falar de diabetes, então ta bom, falamos de diabetes mais e daí, e esse diabetes como que vai se aplicar, pra que você está aprendendo o que é diabetes. Então acho que é uma coisa mais ampla.*

Obrigada.

Entrevista 12 – 17/05/07

Como você trabalha com o processo de educação dos ACS?

*Bom agora está com esse surto de dengue, se sabe que está difícil, mas eu sempre trabalhei assim, E12.2 todas as segundas- feira eu sento com eles, a gente trabalha, assim, em termos ou como está o trabalho deles nas casas, nas visitas, se eles estão com algum problema, que eles querem discutir, e E12.3 assim eu também pergunto se eles têm algum tema que eles tem dificuldade de estar trabalhando com as famílias, e eu trago a gente discuti juntos, eles fazem busca de vez em quando, eu peço pra fazer busca. Então, a demanda deles eu trabalho com eles e além disso essa parte de, mesmo de, visitas, é, se ta batendo meta, essas coisas assim.*

Quando você coloca essa coisa da busca? Você quer contar um pouquinho esse processo lá.

*É, então, por exemplo, agora eles estão mais tranqüilo nessa parte, porque eu tinha dois agentes que eram novos, e agora não são mais. Então no começo que eles eram mais novos eles tinham muita dificuldade, do que abordar diante das famílias, e as famílias faziam perguntas que eles não sabiam, e depois do curso, também que eles tiveram, a primeira etapa, já esclareceu muita coisa, mais antes né, eles traziam né, e aí o que a gente fazia? A gente levantava alguma questão, então por exemplo, vamo lá, parte de vacinação, eu lembro que eu tive que explicar todo calendário pra que eles, porque iam na casa, pegavam a carteirinha e não sabia, a carteira e não sabia, qual que é a vacina de 2 meses, então como pra eles, conferir né, então essas coisas assim, a gente fazia, ah então vamos procurar o calendário, eu lembro que na época nós procuramos o calendário de São Paulo, eu pedi pra eles procurarem o do Paraná, e de outros estados pra gente comparar, porque essa diferença, da epidemiologia tal, então é isso, que eu tento trabalhar com eles, ou alguma discussão social que eles trazem, né, ao invés deles trazer pra não acumular, muita coisa, a gente discute isso, inclusive agora, a gente ta, eu já, organizei na minha unidade assim, E12.1 é uma semana é o médico que vai falar com eles fazer esta*

reunião, na outra semana é a dentista na outra sou eu, e na outra são os residentes que a gente tem, que é a dentista a enfermeira e as outras multi, psicóloga, assist. social, fisioterapeuta, então a gente já se organizou, só que por causa da dengue, ainda não começo né, mais a gente vai fazer isso, esse trabalho com eles. Porque praticamente você pega uma manhã. Não dá pra você chegar as 7:00 h da manhã, sentar com eles e fazer isso, a gente tem que esperar que atender toda a demanda, aí isso vai lá pra's 9:00 h, aí das 9:00 às 10:00 h é mais ou menos 1 h, 1 h e 30' que a gente fica com eles. E12.3 Então a gente discute essas coisas, a demanda que eles trazem mesmo é, como fala, questões, perguntas, discussões que eles tem. Aí tem livros na unidade, por exemplo, é, alguma discussão assim que não dá pra eles fazerem busca aí na outras semanas nesse período eu buscava pra eles, pegarem o livro na unidade porque em casa não dá, alguns estudam, tem família, chega em casa tem que, limpá casa, lavá roupa se sabe! Né, coisa de mãe. Então não faz. É dessa forma as dúvidas que eles trazem mesmo das famílias, e pro médico também, algumas vezes, pra dentista, eles já fizeram isso, então é isso é assim que a gente trabalha.

Qual que é a sua compreensão da educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

Bom, a minha compreensão de educação permanente é assim é, E12.3 como é diferente de uma educação continuada, porque educação continuada, você leva pra eles o que você acha que eles tem que aprender, não o que eles querem, por exemplo, igual eu falei pra você, a demanda que eles me trazem, então é a educação permanente, então eu vou trabalhar em cima disso né, agora é diferente de eu chegar neles e falar assim oh! Vocês não estão verificando lá o cartão da vacina e na ficha espelho, então eu vou ensinar pra vocês isso, então é diferente, não, agora eles virem pra mim e falarem, olha eu não entendo porque que essa vacina é no 2º mês. Então as vezes a mãe me pergunta, porque que essa vacina, que que essa vacina faz, porque que tem que tomar, então é diferente do que eu levar pra eles né. Eu querer passar coisa que pra eles não tem interesse, então eu tenho que ver, qual que é a demanda deles pra minha compreensão é essa de, de

educação permanente, então não sei, a gente, tenta trabalhar isso mesmo em reunião de bolsa família, a gente sempre, na nossa equipe tem uma reunião de bolsa família, junto com a reunião de comunidade né, então a gente não dá educação continuada, nós damos educação permanente, porque assim cada reunião a gente no final pergunta o que que elas querem saber na próxima reunião, a gente já fala quem é o profissional que vai, e aí elas falam, ah! Traz lá sobre câncer de útero, a gente quer ver figuras, que ver como é, porque que acontece, então a gente traz as demandas, do pessoal então eles que pedem. Eles com a comunidade, é mais isso é, a gente faz junto a comunidade com a bolsa porque assim elas nem mais obrigado, porque ia 1 ou 2 pessoas, mas quando era só a reunião de comunidade, mas agora a gente põe assim: Reunião de comunidade e da Bolsa Família, então aí vai 50, 60 pessoas, porque a gente faz chamada, né, e aí a gente tem uma lista, porque depois a cada 6 meses mandar aquele disquete, tal, né pra ver se a mãe, está participando ou não, então algumas já até cortaram, por causa disso, lá na minha área, então aí elas ficam assustadas de perder a bolsa e elas não, mas é uma forma de você educar, né então a gente traz, outro dia uma mulher trouxe sobre, só pra falar mais sobre educação permanente, trouxe sobre lixo, diz que estava tendo muitas pessoas jogando lixo do lado da casa dela, sacolinha, e falou assim, que as pessoas estavam até ali presentes, mas que ela não ia citar o nome. Aí o que , que a gente fez, aí a gente chamou ela e eu chamei alguns agentes e a gente falou, vamos ver como que a gente vamos trabalhar isso, que que a senhora acha da gente conversar isso na reunião que a gente tem uma vez por mês, pras pessoas não fazerem mais isso, aí ela deu umas idéias, e os agentes fizeram tipo, uma historinha de fantoche, aí elas colocaram bem amenizado, não sei se vai funcionar agora a gente vai ver, o resultado, uma tentativa. Então a gente faz isso a demanda que lhes trazem a gente tenta trabalhar.

Entrevista 13 – 22/05/07

Como você trabalha com o processo de educação dos ACS?

*E13.2 Quanto à educação do agente, a gente tem uma reunião semanal e aí tem uma pauta que num primeiro momento a gente discute quais são os assuntos mais pertinentes, que elas mais tem dúvidas, e programa uma pauta, com assuntos que elas escolheram e aí vamos eliminando essa pauta, quando encerra todos os assuntos, a gente discute novos assuntos, faz outra pauta, pra ir eliminado. Agora nós estamos na fase de acolhimento (neste momento a enfermeira mostra-me as pautas digitadas em um impresso da unidade por datas que fica anexado em um quadro na sua sala). Que é uma pauta programada do ano passado, só que aí por conta das atividades da dengue deu uma paralisada, e a gente está discutindo agora o acolhimento, a questão da demanda, da urgência e emergência, o que, que é, como que a gente faz a triagem desses pacientes, que nem de demanda espontânea no dia, e também eventualmente, quando surgem dúvidas muito crítica em cada área, a gente trabalha isso separado, individual com o agente que está com problema na área, naquele momento.*

Essa questão da escolha dessas pautas, como é esse processo de escolha?

*E13.3 A gente costuma verificar o que está acontecendo naquele momento na equipe, em cada área de abrangência, o que é comum pra todas, o que tem interesse pra todas, não pra pauta, se não é comum a gente trabalha individual com o agente, e aí é, a reunião semanal tem duração de 3 h, então a gente deixa 2 h, pra discutir o assunto da pauta e 1 h pra trabalhar esse assunto que ficou pendente só pra uma, geralmente é assim. E, a hora que você faz essa pauta, eles trazem vivências? como é isso?*

*Isso. Contam um problema que identificaram na área e aí acabam achando, comum em todas as áreas e vai pra pauta.*

E essas pautas, você que fala?

*O assunto, a gente direciona, E13.1 se tem mais a ver com o médico, é o médico que vai trabalhar esse assunto, se tem alguma coisa da saúde bucal o dentista que vai participar neste dia, E13.3 explicando, orientando, falando sobre conduta.*

Qual a sua compreensão sobre a política de educação permanente?

*E13.2 Ela tem que ser, em processo que seja periódico, né, como eu te contei, teve essa pauta, por conta das atividades da dengue, isso atrapalhou muito, porque faz uma quebra daquilo que você programou, aquele planejamento que você teve e aí acaba interferindo. Acredito que o processo permanente é contínuo, não da pra ter essa pausa, mais, a gente está aqui pra trabalhar, temos que produzir, e temos que ver o que está acontecendo no momento, com o município, com a equipe, com a unidade e é isso.*

Entrevista 14 – 23/05/07

Como você trabalha com o processo de educação dos AC da sua unidade?

*Com a inserção do agente comunitário, inclusive eu estou vivendo esta experiência, porque eu tenho 03 novos agentes que foram inseridos agora. Então assim Vanessa, E14.2 é todo um processo de educação voltado pra esses agentes, E14.1 não só eu no caso, eu conto com o médico e o dentista também. É, E14.2 são feitas reuniões, com esses agentes comunitários, mensais que primeiro assim, avalia-se a demanda que eles trazem pra, pra unidade, E14.3 é o momento que nós temos de discussão de casos e demandas que eles referenciam e com base nisso a gente vai direcionando a educação permanente, se eu posso dizer com os agentes, só que também a gente não espera só esse momento, observa-se no cotidiano também, quais as necessidades nem sempre é apontado, mais a gente observa, então são feitos momentos e sempre a gente discute o tema, orienta eles irem a busca também, pra que depois seja feita a discussão, E14.1 eu conto também com os alunos da UPP4 medicina e enfermagem tanto é que sexta agora eu tento, esse momento de educação*

*com dos agentes, que são montados pela UPP, então a gente tenta organizar desta forma né, esse processo de educação é feito por mim e eu conto com o médico e com a dentista de acordo com a necessidade dele e apontado pela equipe.*

Você quer explicar quando você coloca que eles trazem essa necessidade dessa reunião mensal?

*Não, não é que eles trazem em uma reunião mensal, e no próprio dia a dia e na reunião de equipe, que são apontados, né, por exemplo, fui no domicílio e um usuário me questionou, um exemplo citado, um diabetes ou como está isso daí, veio me questionar sobre um determinado tipo de alimentação, o que que eu falo como é isso daí, quais os alimentos permitidos, um exemplo citado, então a gente senta, não só com um, mas tenta resgatar isto pra todos, porque se é a dúvida de um provavelmente pode surgir algo parecido pra eles. Então assim, E14.3 é com base nessa necessidade que eles tem no dia a dia e no próprio momento de inserção dele no programa, são totalmente leigos, leigos no que diz respeito a saúde, a questões específicas, então trabalha tema que nós temos no nosso cotidiano não só patologias, a gente tenta trabalhar um pouquinho, prevenção, fazer eles pensarem um pouco eles pensarem um pouquinho parceria. É, é, mais ou menos esse tipo de educação, que a gente costuma trabalhar já tivemos situações, Vanessa, que a gente teve que solicitar apoio de um nível central, de um grupo técnico específico, por questões de mandadas pelo serviço a gente observou que fugia da governabilidade nossa, convidamos esse profissional, ele veio até a unidade, foram feitos alguns esclarecimentos, trabalhamos mais ou menos dessa forma..*

Qual a sua compreensão da política de Educação Permanente do Ministério da Saúde?

*Nossa positiva! Estamos tentando trabalhar aqui no serviço, Vanessa, com dificuldade nós estamos passando por um momento assim, como E14.2 nós temos a UPP e a residência, surgiu daquela E14.3 necessidade de sentarmos, conversarmos, não só situações do nosso cotidiano, da nossa*

*prática, mais através de casos, ou demandas das mais variadas, a gente tenta trabalhar na forma de relato e com isso obter algumas questões e trabalhar na forma de educação permanente. Uma das questões que nós estamos trabalhando no serviço digamos que estamos começando aí, E14.3 mas é extremamente válido a questão da educação permanente porque assim, primeiro que a gente observa que tudo evolui né, tudo é modificado, observa-se que dia a dia, aquilo que antes era de um determinado procedimento, de um determinado momento, porque se nós não mantermos atualizados a gente fica por fora, fica meio, passado em diz respeito a essas mudanças, e com a educação permanente, eu acredito que é uma forma de atualização, de mudança de conceito, de aprimoramento, lógico que pessoalmente é extremamente positivo mas pra locarmos essa educação permanente pra equipe, porque se nós nos atualizarmos a gente atualiza a equipe, e atualizando a equipe com certeza acredito que nós vamos dar uma resposta positiva para a comunidade que nos procura, nessa demanda diariamente, então eu vejo como positiva e essencial. Enquanto pessoal, prática pessoal mas também na nossa demanda, no nosso trabalho, no Programa Saúde da Família com inserção na equipe, com o agente comunitário, então acho que é um ganho de ambas as partes.*

Após o término da entrevista, a entrevistada continuou a explanar sobre sua prática, solicitei para ligar o gravador novamente.

*Esses momentos de E.P é meu exemplo, é toda segunda feira à tarde, um encontro pequeno de uma hora mais pra nós que não tínhamos já é um ganho, isso é feito antes da reunião de equipe das 13:30 h as 14:30 h, é, eu o médico e a dentista, tendo os residentes, a gente procura envolver a UPP4, essa demanda é com base na própria, demanda de serviço, casos clínicos que são feitos no cotidiano, atendidos são discutidos também, demanda da equipe, demanda da comunidade, processo de trabalho enfim, variado , são feitas essas discussões, nessa discussão a E.P é levantada, isso volta pra todos os membros da equipe, é feita a pesquisa e no próximo momento que é o tempo de uma semana, retorna no encontro e é feita a discussão, desses questionamentos. Após essa discussão, a gente não*

*limita nesse grupo pequeno, porque eu não posso chamar de equipe é um grupo pequeno, com base nessa discussão, eu preciso referenciar isso pra minha equipe, porque às vezes essa demanda envolve o restante da equipe, e eu preciso da equipe para dar o direcionamento e a devolutiva dessas questões apontadas. Então a proposta é essa, dar uma devolutiva para a equipe no sentido da educação permanente, de qual é o nosso propósito, com base nisso fazemos as divisões, lógicos divisões, porque, ocorrerão alguns afazeres ou atribuídos que são específicos de cada membro da equipe. Então nesse momento de equipe de reunião de equipe vai ser direcionado, isso daí, e a partir daí, é que nós vamos conseguir dar, resolutividade aquela proposta, naquele caso apresentado. Então a gente tá propondo com a E.P, não ficar só na discussão, mas voltar isso pra prática, é ter essa aplicabilidade, pra gente poder resgatar algo aí. Então assim, nós estamos a caminho, é uma proposta, já tivemos algo parecido, nós tivemos pontos negativos, esses pontos negativos não eram em relação a E.P mas falta de experiência nossa também, nós fizemos essa avaliação, colocou os pontos + e – com base nisso, nós reorganizamos.*

Quando você falou de busca como é essa busca?

*Busca é literatura, é ir atrás de literatura, documentário, ou seja os meios informativos, que eu tenho aí, livros, internet, aqui nós temos alguns livros na unidade. A busca é essa, é a literatura mesmo, pra gente poder aplicar um pouquinho da literatura na prática pra esclarecer algumas situações e dar uma condução melhor.*

Entrevista 15 – 23/05/07

Como você trabalha com o processo de educação dos ACS?

*Eu tenho costume de fazer assim, E15.2 uma reunião semanal com eles, durante 2 h, né, onde eu deixo um momento pra gente trabalhar alguma coisa, de organização de dúvidas né, porque é assim, cada momento cada lugar que eu vou é um momento diferente, né, então assim já tive lugar que a gente começa, eles tendo alguma base de assuntos de, por*

*exemplo, programa da de saúde da criança, E15.2 então eu gosto assim, primeiro fazer a parte de organização, sabe, a questão de visitas, organizar família, organizar área, a questão do território, aquela coisa de você sabe, o que, que você faz e pra que, que serve né o trabalho, e aí, eu gosto de assim que tudo estruturado, que eles já souberem andar sozinho aí eu gosto E15.2 de começar fazer educação por programa, sabe, porque aí por exemplo, que orientação se dá para um mulher que vem fazer teste de gravidez, né, ele sabe que ela veio fazer um teste de gravidez, e aí, deu negativo, ela queria ou não queria engravidar? Então assim se ela queria tem uma orientação se ela não queria tem outra, então assim eu costumo fazer isto, porque aí eles né, trazer mesmo pra unidade, com os diferentes programas diabéticos, de hipertenso, de gestante, e assim dúvidas que surgem, perguntas que o usuário faz na casa e ele não sabe responder, então assim mesmo que eu chame o usuário para vir falar comigo, E15.3 eu sempre gosto de falar pra eles qual a resposta que eu dou, pra eles terem uma noção de como, não que eles vão ter que dar a resposta, que ele vai ter que saber sempre a resposta, porque eu acho que tem uma parte que é nossa e uma parte que é deles. Mas eu sempre gosto de deixar a par.*

E esse tema que você falou, por programas é você que organiza?

*É, geralmente, por exemplo quando eu estava na USF Santa Paula, E15.3 os agentes traziam algumas dúvidas, né, então assim o agente comunitário, essa dúvida foi a primeira que surgiu, a questão do teste de gravidez, então eu falei assim, vocês sabem como funciona o programa de gestante, então vamos lá, vamos pegar as carteirinhas, vamos mostrar, o teste de gravidez, porque que a gente fala pra mulher que tem que ser a primeira urina da manhã, E15.3 porque é coisa básica pra gente, pra eles não. Então assim lá que eu comecei esse trabalho, eu fazia dependendo da demanda deles.*

E aqui?

*Aqui eu ainda não comecei ainda estamos na questão estrutural. A gente está sem um agente ainda, uma que sempre sai de licença, bloqueio*

*desde que eu entrei, e agora que a gente está começando a ir para a rua, pra visita mesmo, estamos com 400 famílias a mais, não sabemos ainda como vai ficar, então a gente não consegue, praticamente, 1400 famílias, e 4 agentes trabalhando, quase 400 famílias por agente, fica complicado. Então assim, essa questão estrutural está muito mal resolvida, e aí não dá pra partir pra outra, então eles não estão conseguindo sair pra fazer o que tem que fazer, eles estão ou fazendo dengue, entregando, encaminhando, estão fazendo essas coisas básicas, que não está dando.*

*Agora que nós estamos tirando algumas coisas deles. Medicação, não se leva mais, agora nós estamos conseguindo tirar isso deles, porque se tira, nego chora.....*

*Então agora que a gente está conseguindo, porque sabe assim, pra eles verem porque eles têm essa fala, “Ah, mais a Vanessa já falou que tem que ser assim, assim, assado”, mais e aí nós estamos fazendo, “Ah então não, mais, por causa disso, disso, disso”. Então assim vamos tentar arrumar um jeito de fazer, e aí mostrar isso pra eles, vocês levam muito encaminhamento, remédio pra todo mundo, e aí não dá mesmo. Então agora que está meio acalmando sabe, mas sem 3 agentes, fica difícil né. Então aqui eu ainda não comecei a educação por programas. Eu estou na questão de organização estrutural, mesmo.*

E qual a sua compreensão da política de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*Então eu entendo que é justamente isto, eu acho que primeiro tem que tentar ter uma estrutura mínima, não adianta a gente tentar com uma educação assim por temas, desde que você não tenha necessidade, primeiro isso e segundo, que enquanto você tem ainda outros problemas, que geram uma demanda maior, assim, não dá pra você trazer problema se você não vai até o problema e entender que ele existe, né, e eu acho que a partir daí, o trabalho da educação permanente, trabalhar com, quando você não tem dúvidas né, assim acho que isso é complicado, falar que não tem dúvidas, é, de trabalhar o grupo, né, assim, pesquisando, porque eu acho*

*que eles tem capacidade pra isso, pra fazer pesquisa, e acho que a gente, tem material na unidade e de estar fazendo neste sentido. Se não houver, se eles não trouxerem, né, a necessidade, acho que a gente tem que, elaborar alguns temas para ser trabalhado, frente aos temas que eles vão fazer visita e aí, fazer a questão dá, dá, como fala, eu não me lembro o termo, então assim, de, um trabalho em cima de um problema que existe.*

*Acho que isto tem que ser sempre trabalhado, por isso que de fazer reuniões semanais, porque nessas reuniões, eu não discuto só casos, né eu deixo um tempinho pra isso pra discutir casos, mas eu acho que também tem que ter a questão teórica, que se não, não vai.*

Obrigada!

Entrevista 16 – 24/05/07

Como que você trabalha com o processo de educação dos agentes comunitários de sua unidade?

*E16.2 Então a gente procura se reunir uma vez por semana, às quartas feiras, é uma reunião rápida, de 1 hora, E16.1 que eu tenho com eles, tá, e a gente, é muito variada a reunião, E16.3 a gente discute desde puxar relatório do sistema de informação e ir discutindo, ah, eu, na sua microárea eu tenho x bebês, em aleitamento materno exclusivo e tenho x bebês que nasceram e estão usando outras coisas. Como é que vocês entendem isso, né? Partindo do dado mesmo, e até pra ver se a informação no computador está alimentada corretamente a maioria das vezes o problema acaba sendo este, até assuntos de interesse deles mesmo, “Ah um paciente me perguntou em casa, se eu não podia verificar a pressão dele, então vamos discutir, legalmente, o que é que você pode, você não pode, que o agente comunitário tem profissão hoje, a gente vai discutindo. A gente sempre fez isso, desde quando eu, comecei aqui em L. há 2 anos, e com a história do curso que eles fizeram isso acabou melhorando muito, porque você, eles entendem o processo, é de educação permanente eles não ficam só esperando a gente trazer né, E16.3 então você senta pra*

*discutir com eles, você fala pra ir buscar, aqui a gente tem, bastante, literatura, eles vêm pra cá, pega livros, leva pra casa, ou alguns tem acesso a internet, eles vão buscar material aí volta num outro momento a gente discute, são muito dedicados, muitos tem vontade, de, conhecer mesmo a fundo né, então tem um deles que faz faculdade de enfermagem, e, acho que ele acaba estimulando os outros. Então os outros não pensam, eles gostam de ser agentes comunitários, mas acabam querendo saber, porque se outro, sabe eu também quero saber, então é assim que a gente faz, uma vez por semana, aí, a gente aproveita o momento de reunião de equipe que agora a agente aumentou pra 3 horas, a semana passada foi a primeira vez, e na reunião de equipe a gente acaba algumas coisas que a gente discutiu na nossa pequena reunião eles acabam ficando como tarefa de transmitir pra a equipe, então eles preparam trabalhinho tipo MAP e mostram pra equipe o que que eles aprenderam na nossa pequena reunião, porque a equipe precisa também ter uma justificativa, porque que a gente tá lá sentado, o que que a gente tá fazendo ali né. Essa é a devolutiva pra equipe né, o que que a gente discutiu. Acho que é isso.*

Qual a sua compreensão da política de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*Então, é..... E16.1., eu conheço pouco da literatura, sobre educação permanente, o que é, não sei se eu faço, corretamente tá, mais, a gente procura trabalhar a equipe, até antes de ouvir falar esse termo educação permanente, E16.3 a gente nunca fez é capacitação com a equipe, a gente sempre trabalhou, “Ah surgiu o assunto de um paciente, e aí em cima daquele paciente, a gente discutia todo mundo opinava, até o motorista que é da equipe palpita o que é interessante fazer, e graças a Deus o L. é, tem o mesmo olhar, ele E16.2 também participa na Famema, ele também acha interessante essa coisa que todo mundo tem que buscar, vai estudar, então a equipe, não sei se você já participou, na nossa reunião de equipe, a reunião é muito rica porque a gente trabalha assuntos fundamentados mesmo, não fica só no achismo, vai estudar.*

*E aí o que que eu posso falar de educação permanente, Vanessa? Caramba!! Acho que o momento que a gente mais faz, é esse mesmo o da reunião de equipe né, porque, a gente, cada um coloca o que pensa, cada um coloca a sua experiência prévia independente de ser o médico ou de ser a D M., que é auxiliar de serviços gerais, a gente troca idéias, teve várias situações de eu ter que abri mão de decisão, agenda por exemplo eu achava, eu vim do J.Q. com uma idéia, que tinha que ser de um jeito e a equipe toda me convenceu de pelo menos experimentar de outro jeito e eu experimentei. Num outro momento teve um problema, aí eu voltei naquilo que eu queria, olha gente e aí, que que vocês estão achando, eu estou experimentando o que vocês colocaram, abri mão da minha idéia, mas está dando certo? Aí a gente avaliou que não estava dando certo então, vamos tentar o caminho da R., tentamos meu caminho, e assim, também não sei se é o melhor, a gente está avaliando, a gente está tentando tomar esse cuidado de não deixar de avaliar.*

*A gente planejava às vezes implementar tudo, às vezes não, mas também não avaliava pra sabê né, se deu certo. A gente combina que a gente faria, como é que foi, deu certo, não deu, temos que replanejar. É isso.*

*Agora eu preciso estudar sobre educação permanente (rsrsrsrsrsr).*

Entrevista – 17

Como é o processo de educação com os ACS de sua unidade?

*O que acontece, desde quando eu entrei, eu não tinha essa prática antes, enquanto residente eu não tinha essa experiência de estar fazendo educação permanente, supervisão com os agentes, isso começou quando eu assumi a unidade, então a gente tem um momento, eu entendo que esse momento tem que ser dividido com outras pessoas também, E17.2 mais a gente tem esse momento, eu tenho esse momento com eles uma vez por semana, só com os agentes, acho que é a primeira programação da semana, acontece toda segunda-feira sagrado, das 8: até 9:30, 10:00 E17.1 é um período que eles ficam comigo, E17.3 eu tenho sempre uma pauta de*

*assunto com eles, e eles também trazem neste momento não acontece Educação Permanente, eu não tive essa oportunidade, eu tenho essa proposta, eu acho que deve dar muito certo mas eu não tive oportunidade ainda. E17.3 Então neste momento eu tenho uma pauta a gente mais ou menos organiza a semana, digitação, recepção, visita, e eles também trazem algumas demandas. A gente tenta programar algumas ações do processo de trabalho dos agentes, ta, são com todos ta, não é individual, isso não acontece individual. Porque que eu acho que tem que ser dividido, porque E17.3 não é só supervisão técnica é uma supervisão mais do processo de organização da unidade, E17.1 então eu estou dividindo isso também, delegando um pouco para o dentista e para o médico, essa supervisão com os agentes, mas toda semana eles tem supervisão. Então agora está comigo e com o dentista o médico não está fazendo.*

*Tem um segundo momento que não acontece com muita freqüência não, E17.2 mas eu faço supervisão direta, com ele lá na casa. Ah, então eu vou junto à visita que ele está fazendo e faço a supervisão direta, não é com freqüência, mas eu já fui com todos em várias visitas, em vários momentos, depois a gente traz e discute um pouquinho como foi à atuação dele, lá. E outro momento também é a reunião de equipe que sempre acaba envolvendo. Então todos agentes tem um grupo, nesse grupo sempre tem um profissional de nível superior, um dos três. A gente tenta fazer um pouquinho de educação com ele lá, educação permanente nos grupos né, qual é o papel dele. Vanessa, isso é até uma proposta, tem acontecido pouco, até a outra questão de educação permanente, então E17.3 nesses grupos a gente tenta levantar algum tema a ser trabalhado, e tenta buscar alguma coisa, com bastante dificuldade ainda, porque não tem acesso, e isso já aconteceu umas 3 vezes, a gente leva material pra eles dar uma lida e a gente faz o grupo juntos, é aconteceu assim.*

*E no final do mês E17.2, todo fechamento de sistema, eu também faço essa supervisão eu sento, não sou eu que fecho o sistema, mas eu depois vejo tudo, nº. de visitas, a produção da unidade em si, mais*

*relacionado com os agentes, separando por agravos, é mais ou menos assim.*

Qual a sua compreensão da política de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde?

*Olha, na realidade eu não tenho nada muito de literatura, E17.3 o que eu sei que é um processo ótimo de todos os profissionais em formação, E17.2 a gente vivencia, isso mais na faculdade né, a educação permanente e eu acho que é assim, é o que tem que ser mesmo, hoje em dia, eu acho que tem que ser assim, é, E17.2 a gente vai, junto busca junto, estuda, não é nada jogado, a gente cria o processo, né, de conhecimento. Isso acontece muito na faculdade, mas até, vou E17.3 colocar uma crítica, assim, E.P. também é uma dúvida minha, até porque eu estou envolvida, mas eu acho que a gente não aproveita muito esse momento, não sei se por dificuldade de não saber direito como conduzir, pelos facilitadores, quando acontece uma educação permanente na faculdade, eu acho que é uma crítica, a gente não aproveita o momento da educação permanente pra aprender, pra estar buscando, criando junto o conhecimento, a gente deixa mais assim, com educação permanente, a gente está um grupo, então acho que é sessão de descarrego vamos colocar nossas angústias, a gente busca muito pouco, eu tenho dúvida também de coordenar isso, isso pensando na minha prática, mudando um pouco de cenário na prática, eu sinto muita dificuldade, acho que isso dá pra fazer com a equipe também, usar um espaço de reunião de equipe, com os agentes, eu não faço porque eu não consigo planejar, acho que falta tempo, acho que não tem que ser iniciativa só minha, trabalhando em uma equipe, eu percebo que E17.3 na minha equipe só eu vejo importância disso talvez porque eles não tenham conhecimento e eu estou com dificuldade de colocar isso e então no meu cenário da unidade isso não acontece e na faculdade acontece, mas eu sinto que não é bem aproveitado.*

*Obrigada*

## **APÊNDICE C**

### **CATEGORIZANDO O PROCESSO DE EDUCAÇÃO DOS ACS**

## CATEGORIZANDO O PROCESSO DE EDUCAÇÃO DOS ACS

### Categoria 01

O Processo de educação dos ACS é realizado por profissionais da ESF.

**Unidades de significados: A Equipe de referência é responsável pela educação do ACS.**

<i>E1.1 a gente lança mão do médico, ou qualquer profissional da equipe pra ta dando um auxílio no que for mais específico.”</i>
<i>E4.1 que esse encontro não fica focado somente na enfermagem, somente comigo, semanal, fica uma semana comigo, uma semana com a médica e uma semana com a dentista,</i>
<i>E5.1 Antes fazia só eu, só o enfermeiro, aí eu combinei com a médica, com a dentista, que cada semana um iria fazer, porque também é importante outros profissionais participarem</i>
<i>E6.1 quando eu comecei</i>
<i>E7.1 tanto trabalhava eu, quanto o médico</i>
<i>E12.1 é uma semana é o médico que vai falar com eles fazer esta reunião, na outra semana é a dentista na outra sou eu, e na outra são os residentes que a gente tem, que é a dentista a enfermeira e as outras multi, psicóloga, assist. social, fisioterapeuta, então a gente já se organizou</i>

APÊNDICE C – Categorizando o Processo de Educação dos ACS

<i>E13.1 se tem mais a ver com o médico, é o médico que vai trabalhar esse assunto, se tem alguma coisa da saúde bucal, o dentista que vai.</i>
<i>E14.1 não só eu no caso, eu conto com o médico e o dentista também,..., eu conto também com os alunos da UPP4 medicina e enfermagem</i>
<i>E16.1 que eu tenho com eles</i>
<i>E17.1 é um período que eles ficam comigo</i>
<i>E17.1 então eu estou dividindo isso também, delegando um pouco para o dentista e para o médico</i>

## Categoria 02

O processo de educação dos ACS é realizado por meio de diferentes propostas.

### Unidades de significados: Educação Continuada/Educação Permanente e Reuniões administrativas

<i>E1.2 gente possa então fazer um treinamento. É normalmente, eu faço as reuniões uma vez por semana,</i>
<i>E2.2 eu não tive uma oportunidade de fazer um planejamento em cima disto, a gente ta numa fase ainda de conhecer a unidade, de conhecer as pessoas daqui, ..., mas tem algumas unidades que realizavam a Educação Permanente</i>
<i>E3.2 eu faço educação permanente, ..., numa reunião que a gente faz, semanalmente, é, toda sexta-feira, a gente discute os problemas, ..., é feita uma supervisão, que esta supervisão não é feita com o intuito de, é, repressão, mais é crescimento da equipe</i>
<i>E4.2 encontros semanais, ..., que eu acho que ele tem que ser capacitado neste momento, ..., ela quer tentar passar tudo que ela acha que é importante,</i>
<i>E5.2 nos reunimos toda semana, uma vez por semana e aí a gente discute, a rotina da unidade, ..., é um processo de treinamento</i>
<i>E6.2 Então eu faço reuniões semanais com todos os agentes, e eles Trazem na maioria das vezes, é um problema</i>
<i>E7.2 que a gente trabalha é durante a reunião de equipe</i>
<i>E8.2 então eu faço reuniões semanais com eles, segunda feira á tarde uma hora por semana, a gente tira dúvidas deles, discute casos,</i>
<i>E10.2 A gente procura fazer uma reunião semanal que dura ± 1 h e dentro deste período a gente tenta, abordar o que eu identifico que eles tenham mais dificuldade.</i>
<i>E11.2 a gente faz no dia a dia é, não adianta a gente querer marcar a reunião de rotina durante a semana, marcar um horarinho</i>

**APÊNDICE C – Categorizando o Processo de Educação dos ACS**

<p><i>pra resolver os problemas, que eu acho que não é isso que funciona,..., pra gente está orientando mesmo né, o trabalho direcionando,</i></p>
<p><i>E12.2 todas as segundas- feiras eu sento com eles, a gente trabalha, assim, em termos ou como está o trabalho deles nas casas, nas visitas, se eles estão com algum problema,</i></p>
<p><i>E13.2 Quanto à educação do agente, a gente tem uma reunião semanal e aí tem uma pauta que num primeiro momento a gente discute quais são os assuntos mais pertinentes, que elas mais tem dúvidas, e programa uma pauta, com assuntos que elas escolheram</i></p>
<p><i>E14.1 é todo um processo de educação voltado pra esses agentes,..., são feitas reuniões, com esses agentes comunitários, mensais que primeiro assim, avalia-se a demanda que eles trazem</i></p>
<p><i>E15.2 uma reunião semanal com eles, durante 2 h, onde eu deixo um momento pra gente trabalhar alguma coisa, de organização de dúvidas,..., então eu gosto assim, primeiro fazer a parte de organização, sabe, a questão de visitas, organizar família, organizar área, a questão do território,..., de começar fazer educação por programa,</i></p>
<p><i>E16.2 Então a gente procura se reunir uma vez por semana às quartas feiras.É uma reunião rápida, de 1 hora,</i></p>
<p><i>E17.2 mas a gente tem esse momento, eu tenho esse momento com eles uma vez por semana, só com os agentes,...,mas eu faço supervisão direta, com ele lá na casa,..., todo fechamento de sistema, eu também faço essa supervisão</i></p>

### **Categoria 03**

Para o processo de educação do ACS é utilizado diferentes estratégias.

#### **Unidades de significados: Capacitações tradicionais, Objetivo de organizar o serviço, Educação centrada nas necessidades dos ACS**

<p><i>E1.3 diante do levantamento que a gente faz em serviço das necessidades deles, é, a gente sempre trabalha na metodologia da aprendizagem significativa, ..., e a gente tenta problematizar isso neles. Outras coisas a gente detecta uma necessidade dos ACS e aí a gente problematiza aquilo que a gente vê de necessário, ..., gente faz a problematização das necessidades e os ACS normalmente vão a campo, vão à busca de informação, então eles vão se instrumentalizar de texto, de material, ou de casos que tenham na área deles, e aí eles trazem depois, pra gente ta discutindo e chegando a um consenso.</i></p>
<p><i>E2.3 acho que tem que partir deles, as dificuldades partem deles mesmos, e daí assim tem que fazer sentido, né e daí ir buscar, tem que ir atrás,</i></p>
<p><i>E3.2 é eu faço a partir dos problemas e das necessidades que os Agentes comunitários me trazem, eu faço com a metodologia da problematização que é trazer os problemas pra unidade, ..., levanta as questões, é, e, e busca material para estar estudando, ..., Uma dificuldade que a gente tem é a busca do material, da bibliografia, porque muitas vezes os agentes comunitários, tem dificuldade por estar encontrando isto, por não ter acesso a internet, a uma biblioteca em mãos e assim acaba que a metodologia usada muitas vezes ela fica, é, um pouco inadequada, no sentido de eu ter que levar algumas coisas da minha casa ou da biblioteca ou o que eu tenha, mais é feito um levantamento, um confronto experiencial deles,</i></p>
<p><i>E4.3 é que eles trazem as necessidades, então a gente não vai com uma pauta fechada para as reuniões, eles trazem as</i></p>

**APÊNDICE C – Categorizando o Processo de Educação dos ACS**

<p>necessidades e dessas necessidades a gente tenta articular, conversa um pouco, vê o que eles tem de conhecimento, ..., conhecimento e a partir daí a gente tenta, trabalhar as dificuldades, ... Ela está num processo de vir com algumas pautas, meio que fechadas, que eles tem que entender, daquela forma, ..., Ela vem com uma pauta fechada, então a assim ela vem e diz, hoje eu quero discutir isto com vocês, sem ser a necessidade dele, e aí eles ouvem a gente, vê que não flui. É uma coisa assim, talvez não é significativo pra eles, pode ser que para ela seja, pro agente não é, ..., as vezes eles ficam com raiva, com algumas colocações ... que não tem espaço</p>
<p>E5.3, se está vindo uma campanha, que estratégias vamos usar; se está vindo um dia comemorativo que estratégias vamos adotar, discutindo alguns casos né, se está em pendência ou que tem dúvidas, falamos um pouquinho da avaliação da unidade, do trabalho deles, da digitação, das famílias. Então essa reunião é uma reunião aberta para eles trazerem e colocarem as coisas,</p>
<p>E6.3 uma experiência que eles tiveram durante a semana, em cima dessa experiência a gente vai discutir, como é a melhor maneira de agir, o que que fala algumas diretrizes né, mais nada sistematizado, ..., eu tive que direcionando, conversando realmente o que era o programa qual o objetivo dele, qual o papel dele ali dentro da unidade, dentro do programa mesmo, ..., vou trabalhando semanalmente mesmo, com o que eles trazem de demanda, o que é mais urgente mesmo.</p>
<p>E7.3 então a gente trazia textos, trazia dinâmicas, e aí se ha duvida, era em relação à visita domiciliar, a gente trazia nesta questão, trabalhava na patologias, né, doenças crônicas trabalhava até a questão do atendimento como deveria ser o comportamento do AC.</p>
<p>E8.3 se precisar fazer alguma orientação, até de PKV, ida de certa, vacina, tudo a gente tira neste horário, fora isso também na reunião de equipe, que a gente passa alguns comunicados, faz alguma orientação de um modo geral,</p>
<p>E10.3 o dia a dia, deles, durante as visitas, ou no atendimento aqui na unidade, alguma coisa que eu consigo pegar na recepção, né que eles tenham dificuldade em orientar no balcão e aí a gente tenta né, vê, o que está mais sendo deficitário para eles e a</p>

**APÊNDICE C – Categorizando o Processo de Educação dos ACS**

*gente aborda nas reuniões que a gente faz.*

*E11.3 Acho que é isso mesmo, o que ele está fazendo lá, pra que não é pra saber da vida do usuário, mas sim colher uma informação adequada de uma demanda que apresente a família, pra estar podendo trazer, pra quem trazer e como trazer, né.*

*E12.3 assim eu também pergunto se eles tem algum tema que eles tem dificuldade de estar trabalhando com as famílias, e eu trago a gente discuti juntos, eles fazem busca de vez em quando, eu peço pra fazer busca. Então, a demanda deles eu trabalho com eles e alem disso essa parte de, mesmo de, visitas, é, se ta batendo meta, essas coisas assim,..., Então a gente discute essas coisas, a demanda que eles trazem mesmo é, como fala, questões, perguntas, discussões que eles tem. Aí tem livros na unidade, por exemplo, é, alguma discussão assim que não dá pra eles fazerem busca, aí na outras semana nesse período eu buscava pra eles, ficarem pegarem o livro na unidade*

*E13.3 A gente costuma verificar o que está acontecendo naquele momento na equipe, em cada área de abrangência, o que é comum pra todas, o que tem interesse pra todas, não pra pauta, se não é comum a gente trabalha individual com o agente,..., explicando, orientando, falando sobre conduta.*

*E14.3 é o momento que nós temos de discussão de casos e demandas que eles referenciam e com base nisso a gente vai direcionando a educação permanente, se eu posso dizer com os agentes, só que também a gente não espera só esse momento, observa-se no cotidiano também, quais as necessidades nem sempre é apontado, mais a gente observa, então são feitos momentos e sempre a gente discute o tema, orienta eles irem a busca também, pra que depois seja feita a discussão,..., é com base nessa necessidade que eles tem no dia a dia e no próprio momento de inserção dele no programa, são totalmente leigos,*

**APÊNDICE C – Categorizando o Processo de Educação dos ACS**

<p><i>leigos no que diz respeito a saúde, a questões específicas, então trabalha tema que nós temos no nosso cotidiano não só patologias, a gente tenta trabalhar um pouquinho, prevenção, fazer eles pensarem um pouco eles pensarem um pouquinho parceria</i></p>
<p><i>E15.3 eu sempre gosto de falar pra eles qual a resposta que eu dou, pra eles terem uma noção de como, não que eles vão ter que dar a resposta, que ele vai ter que saber sempre a resposta, porque eu acho que tem uma parte que é nossa e uma parte que é deles. Mas eu sempre gosto de deixar a par, ..., os agentes traziam algumas dúvidas, ..., porque é coisa básica pra gente, pra eles não. Então assim lá que eu comecei esse trabalho, eu fazia dependendo da demanda deles.</i></p>
<p><i>E16.3 a gente discute desde puxar relatório do sistema de informação e ir discutindo, ah, eu, na sua microárea eu tenho x bebês, em aleitamento materno exclusivo e tenho x bebês que nasceram e estão, usando outra coisas como é que vocês entendem isso, né, partindo do dado mesmo, ..., então você senta pra discutir com eles, você fala pra ir buscar, aqui a gente tem, bastante, literatura, eles vem pra cá, pega livros, leva pra casa, ou alguns tem acesso a internet, eles vão buscar material aí volta num outro momento a gente discute, são muito dedicados, muitos tem vontade, de, conhecer mesmo a fundo</i></p>
<p><i>E17.3 eu tenho sempre uma pauta de assunto com eles, e eles também trazem neste momento não acontece Educação Permanente, eu não tive essa oportunidade, eu tenho essa proposta, ..., Então neste momento eu tenho uma pauta a gente mais ou menos organiza a semana, digitação, recepção, visita, e eles também trazem algumas demandas. A gente tenta programar algumas ações do processo de trabalho dos agentes, ta, são com todos, ..., não é só supervisão técnica é uma supervisão mais do processo de organização da unidade, ..., nesses grupos a gente tenta levantar algum tema a ser trabalhado, e tenta buscar alguma</i></p>

**APÊNDICE C – Categorizando o Processo de Educação dos ACS**

<p><i>coisa, com bastante dificuldade ainda, porque não tem acesso, e isso já aconteceu umas 3 vezes, a gente leva material pra eles dar uma uma lida e a gente faz o grupo juntos, é aconteceu assim.</i></p>
<p><i>E10.3 que a gente trabalha levando em consideração o conhecimento prévio, que os participantes já tem e tentando abordar de uma maneira que eles se sintam envolvidos com um determinado assunto,..., eu procuro sempre abordar o que é do interesse deles também, não só o que eu acho importante que eu quero falar naquele momento.</i></p>
<p><i>E12.3 como é diferente de uma educação continuada, porque educação continuada, você leva pra eles o que você acha que eles tem que aprender, não o que eles querem,..., a demanda que eles me trazem, então é a educação permanente, então eu vou trabalhar em cima disso.</i></p>
<p><i>E16.3 a gente nunca fez é capacitação com a equipe, a gente sempre trabalhou, “Ah surgiu o assunto de um paciente, e aí em cima daquele paciente, a gente discutia todo mundo opinava, até o motorista que é da equipe palpita o que é interessante”, ..., que todo mundo tem que buscar, vai estudar,..., a reunião é muito rica porque a gente trabalha assuntos fundamentados mesmo, não fica só no achismo, vai estudar,..., cada um coloca a sua experiência prévia independente de ser o médico ou de ser a D M..., que é auxiliar de serviços gerais, a gente troca idéias,</i></p>
<p><i>E14.3 necessidade de sentarmos, conversarmos, não só situações do nosso cotidiano, da nossa prática, mais através de casos, ou demandas das mais variadas, a gente tenta trabalhar na forma de relato e com isso obter algumas questões e trabalhar na forma de educação permanente.</i></p>

*E3.3 que é a partir da metodologia da problematização, ..., a partir das necessidades dos agentes comunitários, da população, que é discutir os problemas.*

### **Categoria 04**

O objetivo é o elemento norteador na atividade de educação com os ACS?

#### **Unidades de significados: Qualidade do Cuidado**

*E3.4 pra gente estar melhorando o serviço,...,a gente procura colocar em prática ,...aí assim a gente, em cada problema que a gente encontra, a gente coloca, coloca pra gente estar estudando e assim melhorar o serviço.*

*E6.4 deles estarem levando para uma discussão maior.*

*E14.4 eu preciso da equipe para dar o direcionamento e a devolutiva dessas questões apontadas, então a proposta é essa, dar uma devolutiva para a equipe no sentido da educação permanente, de qual é o nosso propósito, com base nisso fazemos as divisões, lógicos divisões, porque, ocorrerão alguns afazeres ou atribuídos que são específicos de cada membro da equipe. Então nesse momento de equipe de reunião de equipe vai ser direcionado, isso daí, e a partir daí, é que nós vamos conseguir dar, resolutividade aquela proposta, naquele caso apresentado. Então a gente ta propondo com a E.P não ficar só na discussão, mas voltar isso pra prática, é ter essa aplicabilidade, pra gente poder resgatar algo aí.*

## **APÊNDICE D**

### **CATEGORIZANDO A COMPREENSÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.**

## Categoria 01

### Compreensão da Política de Educação Permanente

#### Unidade de significado: Desconhecimento da política de Educação Permanente

<i>E1.1 Educação Permanente, ela é hoje uma política,..., é uma política que deve ser instituída pra uma melhor compreensão, melhor desenvolvimento do próprio Programa de Saúde da Família e aí pra todos os profissionais,</i>
<i>E3.1 na verdade eu não tenho conhecimento claro das políticas de Saúde, da parte da educação permanente,</i>
<i>E4.1( silêncio , sinal de incompreensão) Eu não sei se...</i>
<i>E6.1 Então, é .....(sinal de incompreensão)</i>
<i>E7.1(Silêncio e expressão de desconhecimento do assunto).Não sei, educação permanente.....</i>
<i>E8.1 De escrita eu não tenho nada de informação,..., se existe eu não tenho conhecimento.</i>
<i>E16.1., eu conheço pouco da literatura, sobre educação permanente,</i>
<i>E1.1 nesta metodologia, de ser significativo de levantar o problema na realidade</i>
<i>E2.1 faz uma reflexão da prática .... , então assim partia dos problemas que o grupo levantava, então a gente ia buscar,..., que fazia sentido pra gente, a gente buscava o que a gente necessitava no momento, que o grupo necessitava.</i>
<i>E13.1 Ela tem que ser, em processo que seja periódico,..., Acredito que o processo permanente é contínuo, não da pra ter essa pausa,</i>

*E6.1 eu vejo a educação permanente, pra discutir mesmo a prática,..., sempre trazendo questões da prática que fica mais significativo.*

*E5.1, a gente pensa que é de trazer relatos da prática, pra o grande grupo e discutir isso aí, né, a partir de um encontro que ela vivenciou,*

### Categoria 02

Aproximação com a Educação Permanente devido à parceria com a Famema

#### Unidade de significado: Conhecimento das metodologias ativas de ensino aprendizagem

*E4.2 eu que, eu tenho de conhecimento é assim , através daqui da faculdade*

*E14.2 como nós temos a UPP ,...*

*E16.2 também participa na Famema, ele também acha interessante*

*E17.2 a gente vivencia, isso mais na faculdade né, a educação permanente*

*E2.2 Assim, que eu tenho de conhecimento, até porque eu não tinha contato com a faculdade, agora que eu vou ter porque eu estou com aluno.*

*E4.2 reuniões frequentes, né, que não ultrapassassem 15 dias se não fica um tempo muito vago e esses encontros seria o levantamento de problemas através da nossa prática, levantamento das nossas necessidades e aí a gente tenta fazer uma síntese provisória e desse levantamento a gente , se for necessário , a gente faz a busca de várias informações, todos os profissionais integrantes do grupo e retorna pra uma nova discussão,..., são as dificuldades que a gente traz da prática,*

*E14.2, são feitas essas discussões,..., é feita a pesquisa e no próximo momento que é o tempo de uma semana, retorna no encontro e é feita a discussão, desses questionamentos,..., Ir à busca é literatura, documentário, ou seja os meios informativos, que eu tenho aí, livros, internet, aqui nós temos alguns livros na unidade, a busca é essa,*

*E17.2 a gente vai junto, busca junto, estuda, não é nada jogado, a gente cria o processo, né, de conhecimento.*

### Categoria 03

Reconhecimento da importância da Educação Permanente

#### Unidade de significado: Mudança da prática profissional, dificuldade de aplicação da educação permanente

<p><i>E5.3 Então isso nós fazemos porque temos coragem, porque temos isso como importante, e temos isso de relevância, que reverte isso para a equipe e para população,..., é uma mudança interna, das pessoas querer fazer, querer estar aberta para as mudanças, dar mais que 1%.</i></p>
<p><i>E14.3 mas é extremamente válido a questão da educação permanente porque assim, primeiro que a gente observa que tudo evolui né, tudo é modificado, observa-se que dia a dia, aquilo que antes era de um determinado procedimento, de um determinado momento, porque se nós não mantermos atualizados a gente fica por fora, fica meio, passado em diz respeito a essas mudanças, e com a educação permanente, eu acredito que é uma forma de atualização, de mudança de conceito, de aprimoramento, lógico que pessoalmente e extremamente positivo mas pra locarmos essa educação permanente pra equipe, porque se nós nos atualizarmos a gente atualiza a equipe, e atualizando a equipe com certeza acredito que nós vamos dar uma resposta positiva para a comunidade que nos procura, nessa demanda diariamente, então eu vejo como positiva e essencial.</i></p>
<p><i>E17.3 o que eu sei que é um processo ótimo de todos os profissionais em formação...;na minha equipe só eu vejo importância disso talvez porque eles não tenham conhecimento .</i></p>
<p><i>E17.3 colocar uma crítica, assim, E.P. também é uma dúvida minha, até porque eu estou envolvida, mas eu acho que a gente não</i></p>

*aproveita muito esse momento, não sei se por dificuldade de não saber direito como conduzir, pelos facilitadores, quando acontece uma educação permanente na faculdade, eu acho que é uma crítica, a gente não aproveita o momento da educação permanente pra aprender, pra estar buscando, criando junto o conhecimento, a gente deixa mais assim, com educação permanente, a gente está um grupo, então acho que é sessão de descarrego vamos colocar nossas angústias, a gente busca muito pouco,*

## **ANEXO 1**

### **AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**



## **REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
3. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1639-46.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; mar 29. [acesso em 2008 jan 28]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2068991.xml>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das praticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
6. Mishima SM, Almeida MCP, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. 251-96.
7. Spagnol CA. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. Cienc Saúde Coletiva. 2005;10(1):119-27.
8. Gomes ELR. Administração em enfermagem: constituição histórica-social do conhecimento. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
10. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
11. Soares A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para a ampliação da oferta de serviços. Cad Saúde Pública. 2007;23(7):1565-72.
12. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. [acesso em 2005 dez 12]. Disponível em: [http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf).
13. Guedes AEL. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001.127-56.
14. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(6):1027-34.
15. Mendes EV. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
16. Silva JA. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
17. Viana ALA, Dal Poz MR. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil: relatório final [monografia na Internet]. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC; 1998. [acesso em 2009 jan 28]. Disponível em: [http://idrinfo.idr.ca/archive/corpdocs/121122/93-8758\(4\).pdf](http://idrinfo.idr.ca/archive/corpdocs/121122/93-8758(4).pdf).
18. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comun Saúde Educ. 2004-2005;9(16):39-52.

- 19.Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saúde Pública. 1997;31(2):209-13.
- 20.Merhy E E.Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.In.Merhy E E:Onoko R.(org),Agir em saúde: Um desafio para o público.São Paulo: Hucitec,1997.
- 21.Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para o processo de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2002;6(10):75-83.
- 22.Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface Comum Saúde Educ. 2007;11(23):439-47.
- 23.Silva ABF. A supervisão do agente comunitário de saúde: limites e desafios para a enfermagem [dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2002.
- 24.Silva MJ, Rodrigues RM. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2000;2(1): [cerca de 7 p.]. [acesso em 2006 maio 25]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista2\\_1/02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista2_1/02.htm).
- 25.Pinheiro R, Mattos RA.Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.
- 26.Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1411-6.
- 27.Ramos MN. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. Educ Soc. 2002;23(80):405-27.
- 28.Berbel N N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface-Comunicação,Saúde,Educação1998:2(2).
- 29.Freire P. Política e educação. São Paulo: Cortez; 1993.

- 
- 30.Saupe R, Budó MLD. Pedagogia interdisciplinar: educare (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):326-33.
- 31.Freire P. Pedagogia do oprimido. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.
- 32.Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
- 33.Alarcão I. Professores reflexivos em uma escola reflexiva. São Paulo: Cortez; 2003.
- 34.Gadotti M. Perspectivas atuais da educação. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- 35.Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizado por descoberta na área de saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):780-8.
36. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2005;10(4):975-86.
- 37.Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis (Rio J.)*. 2004;14(1):41-65.
- 38.Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ*. 2004-2005;9(16):161-77.
- 39.Deluz N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. *Bol Tec Senac* [periódico na Internet]. 1996;22(2):15-21 [acesso em 2007 out 29]. Disponível em: <http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/222/boltec222b.htm>.
- 40.Motta JIJ, Buss P, Nunes TCM. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho Mágico*. 2001;8(3):4-8.
- 41.Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Parecer CEB nº 16, de 5 de outubro de 1999. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. *Documenta*. 1999;(457):3-73.

42. Ricas J. A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais. [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1994.
43. Ribeiro ECO, Motta JJJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulg Saúde Debate*. 1996;(12):39-44.
44. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 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 União da União*. 2004; fev 16. [acesso em 2007 abr 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>.
45. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. [Saúde em Debate, 46].
46. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1989.
47. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2007.
48. Ludke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.
49. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Relatório de gestão 2005. Marília: Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília; 2005.
50. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília. Relatório de gestão 2006. Marília: Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília; 2006.
51. Laluna M C M C, Ferraz C A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. *Rev. Latino-am enfermagem*, 2003, novembro-dezembro:11(6):771-7.

- 
52. Projeto UNI – Marília : Relatório de Avaliação-Fase de consolidação 1º ano, março/97 a março/98/Faculdade de Medicina de Marília.../etal/Marília.1998.109p.
53. Faculdade de Medicina de Marília. Unidade de Prática Profissional: UPP: curso de enfermagem. Marília, 2008.
54. Rezende KTA, Takeda E, Fraga EMV, Braccialli LAD, Chirelli MQ, Costa MCG, Laluna MCMC, Corrêa MESH, Tonhom SFR. Implementando as unidades educacionais do curso de Enfermagem da Famema: relato de experiência. Interface Comun Saúde Educ. 2006;10(20):525-35.
55. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/MS/CNS, de 10 de outubro de 1996. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2supl):15-25.
56. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
57. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latinoam Enferm. 2000;8(6):96-101.
58. Davim RMB, Torres GV, Santos SR. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escolar. Rev Latinoam Enferm. 1999;7(5):43-9.
59. Bosso D, Antonelli G, Faria S.M.R. Gerenciamento na enfermagem: Novas práticas e competências/ Kátia de Carvalho Cunha, coordenadora. São Paulo: Martinari, 2005
60. Ide C A C. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar/ Cilene Aparecida Costardi Ide, Edvane Birelo Lopes DeDomenico . São Paulo: Editora Atheneu, 2001
61. Kohlrausch E, Rosa N G: Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde: Subsídios para a ação educativa da enfermeira. Revista gaúcha de enfermagem, Porto Alegre, v.20,n.esp.p 113-122,1999.

- 
- 62.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem e práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- 63.Pereira A L F: As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro,19(5) : 1527-1534, set-out, 2003
- 64.Freire P. Educação e Mudança. 24ª ed.Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.2001
- 65.Bordenave J, Pereira A.Estratégias de ensino aprendizagem.4ªed, Petrópolis : Vozes, 1982.
- 66.Silva CC, Silva ATMC, Losing A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no Programa de Saúde da Família. Rev Eletrônica Enferm [periódico online]. 2006; 8(1):70-4. [citado 2007 Jul 2]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm).
- 67.Kawata LS. Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
68. Alencar RCV. A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF) [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas gerais, Universidade Federal de Minas gerais; 2006.
- 69.Pereira APCM, Servo, MLS. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. Rev baiana saúde pública. 2006;30(1):7-18.
- 70.Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc saúde coletiva. 2007;12(2):335-42.

- 
71. Benito GAV. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. Rev bras enferm. 2007;60(3):312-6.
72. Costacurta Junqueira LA. Educação permanente: o desafio não vencido [texto na Internet]. São Paulo: Instituto MVC [citado 2006 Ago 16]. Disponível em: [http://www.institutomvc.com.br/costacurta/artla46\\_edperm.htm](http://www.institutomvc.com.br/costacurta/artla46_edperm.htm).
73. Fekete MC. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: Santana JP, organizador. Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000.
74. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1400-10.
75. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev bras saúde matern infant. 2005;5(supl):s63-9.
76. Brasil 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, Brasília, DF.
77. Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Rev ABENO 2003;3(1):24-7.
78. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface Comum Saúde Educ. 2002; 6(10):37-50.
79. Feuerwerker LCM, Sena RR. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida M, Feuerwerker LCM, Lilanos M, organizadores. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Londrina (PR): UEL, 1999. 47-82.
80. Resck ZMR, Gomes ELR. A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. Rev Latinoam Enferm. 2008;16(1):71-7.