

## 1. Introdução

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, importantes mudanças ocorreram, redefinindo as prioridades da política de saúde no Brasil. A Constituição, em seu artigo 196 considera que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Ela também instituiu um sistema de saúde para ser implementado, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL,1990), e pela lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL,1990).

O Sistema Único de Saúde, através de seus princípios e diretrizes, implica na construção de práticas inovadoras em saúde, a partir da gestão, do planejamento e do processo de trabalho organizado de acordo com reais necessidades dos usuários dos serviços.

Para superar o modelo hegemônico de assistência centrado na atenção médico hospitalar e em práticas curativas, o Ministério da Saúde, em 1994, adotou o Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo foi adotado no Brasil como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS, teve seu início com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, ocorrida no Ceará no final dos anos 1980, e que foi concebido, entre outras finalidades, para servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do PACS em todo o território nacional (FARIA, 2008).

A partir da criação do Programa de Saúde da família – PSF ficou definido a equipe mínima e uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde visando um modelo centrado nos problemas dos indivíduos e suas famílias. O PSF significou a adoção de uma postura mais ativa das Equipes de Saúde frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade se viam submetidas (FARIA, 2008).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde,

prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2000).

Na busca pela consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o município de Indaiabira passou a utilizar a Estratégia Saúde da Família contribuindo na transformação do modelo assistencial vigente.

Indaiabira, cidade situada ao norte de Minas Gerais, na região do Alto Rio Pardo, possui uma população estimada de 7.327 habitantes (IBGE, 2010), aproximadamente 40% das pessoas residindo na zona urbana e 60% na zona rural (aproximadamente 35 comunidades rurais). Indaiabira era distrito do município de Rio Pardo de Minas e, até então contávamos apenas com um posto de saúde no qual se realizava procedimentos como curativos, vacinas e injeções. A população não possuía acesso a serviços qualificados de enfermagem e assistência médica. Não eram realizadas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, um descaso total.

Em 1995 ocorreu à emancipação, no ano seguinte foram realizadas as eleições municipais, sendo os eleitos empossados no dia 1º de Janeiro de 1997, para gestão administrativa do município.

Em 1997 foi criado o Programa Saúde da Família no município sendo aprovada a 1ª equipe, reorganizando a atenção básica. Até então, o sistema de saúde era precário e contava com a oferta mínima dos serviços de saúde (cuidados básicos, realizados por atendentes de enfermagem ( profissionais que até então realizavam as atividades que atualmente são atribuídas aos técnicos de enfermagem).

Com a implantação do PSF ocorreram inúmeras mudanças no setor, no município, dentre elas, as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, melhoria no acesso do usuário às unidades de saúde (ainda que difícil). Pode-se constatar que a população conta com assistência médica e de enfermagem qualificada.

O PSF introduziu uma nova visão do processo de trabalho tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo, atua em um território delimitado com um número de famílias definidos prestando a assistência de forma integral e contínua realizando ações de promoção, prevenção e de recuperação à saúde.

A partir daí foram criadas mais duas equipes de saúde da família, sendo uma destas na zona rural, e três equipes de saúde bucal. Cada equipe possui

aproximadamente 2.500 usuários adscritos. O município conta também com 01 laboratório de análises clínicas e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF.

A cobertura do Programa Saúde da Família no município atinge o percentual de 100%, com ações voltadas a todos os ciclos da vida. As atividades exercidas vão desde atendimento ambulatorial com a realização de consultas, pequenas cirurgias, pré-natal, imunização, visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, participação nos eventos das comunidades e articulação com os demais setores do município. Os exames e consultas de média e alta complexidade e o atendimento de urgência e emergência são encaminhados para hospitais de referência em outros municípios (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE INDAIABIRA, 2010).

A realidade sócio-econômica deste município é extremamente baixa. Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000) o município possui o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de 0,571, bem abaixo da média de Minas Gerais que é de 0,773. O município posiciona-se numa delicada situação, pois tal apontador equivale a um índice de desenvolvimento humano dos mais baixos do Estado.

Em julho de 2007, ao concluir a graduação em enfermagem, de imediato iniciei minha carreira atuando no Programa Saúde da Família. Compreendi então, que é através da atenção básica que podemos mudar a situação de saúde da população. Por acreditar que a atenção básica é o caminho para promover saúde com qualidade, em 2008 ingressei no Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da família (CEABSF) da UFMG a fim de me tornar uma especialista na área, ampliando assim meus conhecimentos e possibilidades de atuação.

O CEABSF permitiu-me identificar a essência da ESF, as necessidades de mudanças tanto no perfil profissional quanto no desenvolvimento das ações, a importância do trabalho em equipe dentre outros. Os conhecimentos adquiridos trouxeram grandes mudanças na minha prática de trabalho, levando-me a refletir sobre o processo de trabalho em equipe.

Assim, a equipe em que atuo - Programa Saúde da Família Núcleo I “Vida e Saúde” - foi aprovada no primeiro semestre de 2007, cobre 2.389 pessoas divididas em 07 microáreas e funciona temporariamente nas instalações do Centro de Saúde de Indaiabira juntamente com a primeira equipe e o NASF (a unidade definitiva está sendo construída ao lado da rodovia LMG – 602, na altura do Km 19). Atende a uma

população rural que abrange as localidades de Grotas, Angicos, Lagoa da Pedra, Caiçara, Curral Velho, Benfica, Fazenda Vargem Grande, Areia, Fazenda Grande, Veredinha, Canabral, Estiva, Água Branca, Brejo Grande, Cavada, Palmeiras, Mariquita, Bela Vista, Belém.

Atualmente, para atender a população desta área, os membros da equipe deslocam-se constantemente para as comunidades rurais. Os usuários são atendidos em “consultórios” improvisados nas dependências dos salões das associações dos trabalhadores rurais de cada localidade. O acesso dos profissionais às comunidades é difícil, pois há barreiras geográficas que dificultam o acesso: rios, valas, além da extensão territorial que é muito grande. Isso prejudica o atendimento e é motivo de insatisfação para os usuários e para os profissionais de saúde.

A equipe é formada por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem e 07 agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe presta assistência das 07h00min às 17h00min horas, de segunda a sexta-feira.

O atendimento aos usuários é, em sua maioria, por demanda espontânea. As ações programadas são da enfermagem, tais como, as ações de imunização, puericultura, pré-natal e exame preventivo de câncer de colo de útero e mama. As reuniões com diabéticos, hipertensos, gestantes, planejamento familiar são agendadas e realizadas nas comunidades por microárea.

Os ACS moram nas comunidades onde atuam, eles funcionam como a interface entre a equipe e a comunidade, pois estão em contato permanente com as famílias. Na microárea de atuação o agente de saúde está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos distintos: o do saber científico e o do saber popular.

A principal atividade desenvolvida pelos ACS tem seu espaço nos domicílios da área de abrangência por meio da visita domiciliar (VD). Durante as VD desenvolvem desde as atividades de mapeamento de sua área; cadastramento das famílias e atualização permanente desse cadastro; identificação dos indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificação de áreas de risco; orientação à saúde; orientação quanto à utilização adequada dos serviços de saúde até encaminhamentos diversos e agendamento de consultas, quando necessário.

A visita domiciliar é considerada o elemento central no Programa de Saúde da

Família (PSF), sendo realizada por todos os membros da equipe, entretanto é o ACS que cotidianamente a realiza e garante o vínculo e acesso ao contexto familiar e social (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde, a visita domiciliar também tem por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam qualquer situação de risco, bem como atender às pessoas doentes que estão acamadas ou têm qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Dentro de suas atribuições e como atividades pertinentes, os ACS promovem a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras.

Em nossa realidade de trabalho em Indaiabira, é por meio das visitas domiciliares que os ACS realizam acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; informam aos demais membros da equipe, sobre a situação dos usuários acompanhados, destacando-se as ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Desse modo, consideramos essa atividade uma das propostas da ESF fundamentais para o trabalho preventivo junto às comunidades por nós acompanhadas, o que vem justificar a relevância da proposta desse estudo.

Nesse sentido, portanto, a capacitação dos ACS é uma ação determinante para a garantia de uma atenção de qualidade tanto nos aspectos assistenciais quanto preventivos no trabalho da atenção primária em saúde.

Na estratégia saúde da família 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, potencializando o enfrentamento e a resolução de problemas com qualidade.

O trabalho educativo é importante componente da atenção à saúde, pressupõe troca de experiências e um profundo respeito às vivências e à cultura de cada um, possui um potencial revolucionário, sendo capaz de, quando bem realizado, traduzir-se em resultados incomensuráveis para a promoção de uma vida saudável (BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2009) a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, ela se baseia na aprendizagem significativa e na

possibilidade de transformar as práticas profissionais, podendo então ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL, 2009).

A educação permanente é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Temos aproveitado os momentos de educação permanente para fazer reflexões decorrentes dos conflitos gerados em nosso cotidiano. São nesses momentos que aprendemos a aprender e o conhecimento adquirido é utilizado em nossas práticas. A educação permanente tem transformado nossa prática profissional e também da própria organização do trabalho.

A educação permanente do ACS é fundamental para que estes profissionais busquem atender às necessidades das famílias, direcionando o olhar e as ações de saúde para além das práticas curativas. A capacitação do ACS deve contemplar conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença, ultrapassando a perspectiva puramente biomédica e incorporando outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias.

Assim, o presente estudo justifica-se pela necessidade de capacitar os ACS da área de abrangência por ser exigido deste profissional, cotidianamente, o enfrentamento de problemas que os leva a conflitos devido à carência de habilidades relacionadas à identificação das necessidades de saúde e dinâmica social da comunidade.

A partir das observações feitas durante os encontros e reuniões com os ACS percebi a necessidade de incluí-los em um processo de educação permanente em saúde para que eles possam obter conhecimentos para atender às necessidades de saúde da população e contribuir para sua formação profissional.

Assim, o objeto desse estudo é a Educação Permanente voltada para o ACS, no trabalho da Estratégia Saúde da Família.

## **2. Objetivo Geral**

- ✓ Realizar uma revisão bibliográfica sobre a importância da educação permanente no contexto do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

### **2.1 Objetivo Específico**

- ✓ Propor um plano de educação permanente aos Agentes Comunitários de Saúde do PSF Núcleo I “Vida e Saúde” do Município de Indaiabira/MG.

### 3. Metodologia

O presente estudo teve como metodologia uma revisão e síntese da literatura sobre a educação permanente em saúde enfatizando esta estratégia como um meio de inovação e mudanças de concepções e práticas de saúde no trabalho do agente comunitário no contexto da estratégia saúde da família.

A revisão bibliográfica seja de artigos de revisão, assim como outras categorias de artigos científicos, de acordo com Rother (2007): é uma forma de pesquisa que utiliza de fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema.

Para Rother (2007), a revisão narrativa constitui, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Para tanto, fez-se uma revisão de literatura acessando a base de dados da coleção Scientific Electronic Library Online (SciElo), a partir dos descritores educação permanente - agentes comunitários de saúde. Foram selecionados os artigos com texto completo, em português, que apresentavam em seu título um dos descritores, publicados nos anos de 2000 a 2011 devido à atualidade do tema. A pesquisa encontrou 67 artigos que apresentavam um dos descritores no seu título.

**Tabela 1:** Distribuição dos artigos segundo periódicos e descritores selecionados

Periódico	Agente Comunitário de Saúde	Educação permanente	Total de periódicos
Cad. Saúde Pública	07	-	07
Ciênc. Saúde coletiva	10	02	12
Rev. Latino-Am. Enferm.	02	02	04
Rev. esc. Enferm.	02	04	06
Interface	05	08	13

<b>(Botucatu)</b>			
<b>Rev. Soc. Bras. fonoaudiol</b>	01	-	01
<b>Physis</b>	01	-	01
<b>Saude. soc.</b>	03	01	04
<b>Rev. Bras. Educ.med.</b>	-	05	05
<b>Rev. Bras. Enferm.</b>	-	04	04
<b>Arq. Bras. Cardiol.</b>	-	02	02
<b>Texto contexto – enferm.</b>	-	02	02
<b>Acta Paul. Enferm.</b>	-	01	01
<b>Cad. Pesqui.</b>	-	01	01
<b>Ciênc. Educ. (Bauru)</b>	-	01	01
<b>Educ. rev.</b>	-	01	01
<b>Rev. Gaúcha Enferm. (Online)</b>	-	01	01
<b>Ver. Bras. Saude Mater. Infant.</b>	-	01	01
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>36</b>	<b>67</b>

\*Fonte: <http://www.scielo.org/php/index.php>. Acesso entre 15 a 20 de Fevereiro de 2011

Após uma análise mais acurada dos resumos e de alguns artigos completos, foi então selecionado um total de 13 estudos que atendiam aos critérios estabelecidos para a pesquisa bibliográfica, cujo objeto se relaciona a educação permanente em saúde voltada aos agentes comunitários de saúde, conforme tabela

**Tabela 2:** Seleção final dos artigos segundo periódico e descritores

Periódico	Agente Comunitário de Saúde	Educação permanente	Total de periódicos
Cad. Saúde Pública	01	-	01
Ciênc. Saúde coletiva	03	-	01
Rev. Latino-Am. Enferm.	-	01	01
Rev. esc. Enferm.	02	01	03
Interface (Botucatu)	-	02	02
Physis	01	-	01
Saúde. soc.	01	-	01
Rev. Bras. Enfem.	-	01	01
Texto contexto – enferm.	-	01	01
Rev. Gaúcha Enferm. (Online)	-	01	01
<b>TOTAL</b>	<b>08</b>	<b>07</b>	<b>13</b>

\*Fonte: <http://www.scielo.org/php/index.php>. Acesso entre 15 a 20 de Fevereiro de 2011

Para enriquecimento do assunto, também foi utilizado publicações do Ministério da Saúde entre eles - o texto oficial sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), outros livros e publicações que fazem parte do acervo da secretaria municipal de saúde de Indaiabira, citados no desenvolvimento deste trabalho e nas referências. Além destes, vários textos apresentados no decorrer do curso de especialização fornecido como material didático pelo CEASF/UFMG também referenciados ao final.

Para a análise do estudo, serviram de base as observações relacionadas às práticas de trabalho do agente comunitário de saúde e vivências compartilhadas no cotidiano da ESF.

## 4. Discussão e Resultados

### 4.1 O Agente Comunitário de Saúde (ACS) no contexto da Saúde da Família

O agente comunitário de saúde é um personagem fundamental na estratégia saúde da família, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é o profissional que se destaca pela facilidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce, logo é um membro da equipe essencial para o desenvolvimento das ações da Atenção primária à Saúde – APS.

O trabalho deste profissional favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das pessoas. O principal objetivo de seu trabalho é contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. O papel de agente transformador é considerado algo possível pelo agente, pois este conhece as necessidades da comunidade em que atua e faz mediação desta com a equipe de saúde.

Desse modo, compreende-se o ACS como instrumento de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que desenvolve ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo, contribuindo, assim, para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde (KOYASHIKI, 2008).

A inserção do ACS no contexto da atenção primária à saúde (APS) está pautada na representação de vínculo e no elo na relação serviço-comunidade, o que o torna também um potente "mediador" de tensões da clientela, por atender às inúmeras demandas de saúde. Mas simplificar o papel do agente de saúde é, no mínimo, desconhecer o avanço que sua atuação proporcionou, especialmente nas pequenas localidades que até então não tiveram acesso a algum tipo de atenção à saúde (GALAVOTE, 2011).

Muito embora se tenha noção do volume de atribuições que lhe é conferido, percebe-se o ACS como sendo instrumento de valor inestimável ao processo de construção social da saúde, uma vez que sua atuação oferece possibilidades de importantes avanços rumo à integralidade da atenção (KOYASHIKI, 2008).

Com relação ao perfil e delimitação do papel profissional, espera-se que tenha bom relacionamento com a comunidade local, saiba trabalhar as questões relacionadas a preconceitos, sigilo e ética profissional, tenha facilidade de comunicação, que consiga se integrar à equipe interdisciplinar no processo de Vigilância à Saúde, capacidade de organizar-se, planejar e priorizar ações, de modo

a realizar a cobertura sistemática da área (uma visita domiciliar por família/mês), e acompanhar os grupos de risco – individuais e coletivos – notificando a equipe, mediante problemas identificados, além de integrar-se à realização do diagnóstico local para controle do perfil de morbimortalidade (MARTINES, 2007).

Deve também desenvolver as ações básicas, como incentivo ao aleitamento materno, início precoce das gestantes ao pré-natal, prevenção das doenças de maior prevalência, busca ativa aos portadores de doenças crônico-degenerativas que estão sem acompanhamento, identificação precoce de doenças de notificação compulsória, assim como desenvolver o conceito de humanização da assistência e participação popular como co-responsável nas ações e no controle da qualidade da assistência proposta (MARTINES, 2007).

Segundo Mendonça (2004), o agente comunitário representa um segmento efetivo do trabalho em saúde e se tornou um novo ator político, no cenário da assistência à saúde e de sua organização. A razão disso foi à expansão em âmbito nacional da Estratégia Saúde da Família, estratégia que se sustenta em bases já conhecidas de extensão de cobertura, mas cuja pretensão era, neste momento, levar a equipe de serviços de saúde para ações diretas na comunidade, envolvendo os diversos profissionais com uma atenção de qualidade aos usuários do programa.

Para o Ministério da Saúde, o ACS é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (FERRAZ, 2005).

Sem dúvida, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social, porém o que se tem observado na prática de trabalho é que ainda existe uma deficiência de saberes, que muitas vezes tem gerado conflito e certa descrença em relação às atitudes desse profissional.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007), são atribuições dos ACS: promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco;

acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção/controle da malária e da dengue.

O que se pode observar no trabalho do ACS é que suas funções ultrapassam o campo da saúde, exigindo-lhe atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, logo espera-se que o ACS desenvolva práticas baseadas numa visão mais social de processo saúde-doença, que toma como centralidade as necessidades de saúde da comunidade onde trabalha e mora, operacionalizando, a partir disso, intervenções que promovam a emancipação e a autonomia dos indivíduos e da comunidade, em busca de uma melhor qualidade de vida, construída coletivamente.

Na verdade, o ACS, por ser parte integrante da comunidade onde reside e trabalha, sente-se co-responsável por todos os problemas afetos à saúde dessa população, buscando atender a todas as necessidades de saúde que emergem no contexto de cada família, utilizando um arsenal restrito de ferramentas que lhe é atribuído pela USF e pelos próprios profissionais da equipe, estando limitado quanto às possibilidades de atuação e resolutividade (GALAVOTE, 2011).

A questão norteadora é identificar em que perspectiva esses ACS estão executando estas ações, se estão atuando numa perspectiva de promoção da saúde, no sentido de desenvolver práticas baseadas numa visão mais social de processo saúde-doença, que toma como centralidade as necessidades de saúde da comunidade onde trabalha e mora, operacionalizando, a partir disso, intervenções que promovam a emancipação e a autonomia dos indivíduos e da comunidade, em busca de uma melhor qualidade de vida, construída coletivamente (SANTOS, 2010).

Vários estudos têm procurado identificar as funções, ações e concepções sobre o cotidiano do trabalho do ACS, e os resultados demonstram que eles têm encontrado muitas dificuldades para cumprir com suas atribuições, tanto pelo amplo leque de exigências quanto pelas limitadas condições socioeconômicas das famílias que acompanham (GOMES, 2009).

Entretanto, vale ressaltar que diante das necessidades, as pessoas da comunidade buscam em primeiro lugar o ACS, quer seja uma informação, uma reclamação ou a solução de um problema mais grave e dele esperam uma resposta, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranqüila (MARTINES, 2007).

Além disso, com a implantação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, exigindo novas competências no campo político e social, principalmente ligadas à promoção da saúde. Entretanto, o processo de qualificação deste profissional ainda é desestruturado, fragmentado, e na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel (GOMES, 2010).

Diante de tantos desafios impostos ao trabalho dos ACS, ressalta-se a necessidade de se estabelecer inovações no cuidado em saúde, priorizando-se o vínculo e o acolhimento nas relações. A tudo isso se associa a criatividade exigida para o enfrentamento dos obstáculos que são impostos pelas situações de vulnerabilidade, que tanto comprometem a saúde dos indivíduos (GOMES, 2010).

O processo de capacitação do ACS deve se basear na lógica do modelo da produção social da saúde e enfatizar os princípios do SUS, compreendidos e incorporados em sua prática, para que eles atuem com autonomia e segurança, promovendo o cuidado e o acolhimento, e possam contribuir seguramente com a consolidação desse novo sistema (GOMES, 2009).

Também é preciso romper com a formação baseada na concepção "bancária", para a qual a educação é o ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos para seres de adaptação e ajustamento, passivos, ingênuos, acrícos e possuidores de um poder criador mínimo (Freire, 1987), o que constitui um obstáculo para o pleno desenvolvimento do potencial dos profissionais de saúde (GOMES, 2009).

Para isso, os cursos de capacitação precisam estar fundamentados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos, críticos e centrados no educando, cujos objetivos centrais devem ser transformá-los em sujeitos pró-ativos (GOMES, 2009).

Desse modo, o processo de formação ocupará potencialmente o papel de uma ação cultural para a libertação como um autêntico ato de conhecer, assumindo uma atitude comprometida de quem não apenas quer descrever o que se passa e como se passa, mas uma atitude de quem quer, sobretudo, transformar a realidade, para que o que agora se passa de tal forma, venha a passar-se de forma diferente no futuro (FREIRE, 2002 apud GOMES, 2009).

## **4.2 A Educação Permanente como Estratégia de inovação e mudanças de concepções em práticas de saúde**

Os profissionais da equipe da ESF devem articular suas práticas e saberes ao enfrentar os problemas ou situações do cotidiano, ao identificar cada caso, para planejar as ações e intervenções de maneira adequada e em conjunto traçar as soluções. É necessário, portanto que haja uma interação harmoniosa entre a equipe, que o trabalho seja realizado em conjunto visando à qualidade da assistência. Sendo assim, é preciso inserir no contexto da equipe um processo de educação permanente em saúde com o propósito de gerar interação entre os profissionais, crescimento pessoal e profissional de toda equipe.

A educação está sempre presente quando os indivíduos se desenvolvem e se aperfeiçoam. Percebemos que em todas as práticas sociais que necessariamente supõem interação entre as pessoas e relação das pessoas como o mundo que o cerca, há uma busca de aperfeiçoamento pessoal e coletivo, uma busca de transformação, portanto, uma prática educativa (OLIVEIRA, 2007).

A educação é o processo pelo qual a sociedade atua constantemente sobre o desenvolvimento do indivíduo, no intuito de integrá-lo ao modo de ser vivente. É um processo político situado no tempo e no espaço. Um verdadeiro processo de educação não pode ser estabelecido se não através de uma análise das necessidades reais de determinada população (TAVARES, 2006).

Desse modo, percebe-se a educação como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade (PASCHOAL, 2007).

A proposta da Educação Permanente em saúde foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde no início dos anos 80, com a finalidade de reconceituar e reorientar os processos de capacitação de trabalhadores dos serviços de saúde. Essa proposta toma como eixo da aprendizagem o trabalho executado no cotidiano dos serviços, organizando-se como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional (PEDUZZI, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos

trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2004).

A incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, com contribuição efetiva para a mudança do modelo assistencial, pressupõe o desenvolvimento de práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos, em um processo de discussão em equipe, ou de auto-avaliação, na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos e eficazes. Dessa forma, ela pode ser uma estratégia potente para transformação das práticas em saúde, pois possibilita a reflexão sobre o fazer cotidiano (VASCONCELOS, 2009).

No Brasil, recentemente, a Educação Permanente em Saúde foi oficialmente considerada uma estratégia capaz de trazer para a arena da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde abordagens metodológicas dialógicas e democráticas. Essa estratégia, tendo como referência o que foi proposto pela OPS, considera o processo de trabalho como o lócus gerador de aprendizado significativo. A busca do conhecimento por parte dos profissionais ocorre a partir da identificação e da necessidade de resolução de problemas vivenciados no processo de trabalho. Pressupõe avaliação dos resultados alcançados (VASCONCELOS, 2009).

A proposta da EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de auto-avaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares. Considera ainda que é no cotidiano que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer. E, na mesma lógica, pressupõe ações articuladas com os níveis de gestão e as instituições formadoras de recursos humanos. Isto é, reconhece que EPS é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população (VASCONCELOS, 2009)

Pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, a proposta da EPS vem sendo construída com base nas noções de aprendizagem significativa e de problematização, difundidas pelo autor, constituindo-

se, assim, em processos educativos que buscam promover a transformação das práticas de saúde e de educação (PEDUZZI, 2009).

Assim concebida, a EPS reconhece o caráter educativo do próprio trabalho, que passa a ser compreendido não apenas em seu sentido instrumental da produção de resultados, da ação dirigida a um dado fim já definido *a priori*, mas também como espaço de problematização, reflexão, diálogo e construção de consensos por meio dos quais se torna possível promover mudanças e transformações na perspectiva da integralidade da saúde (PEDUZZI, 2009).

A EPS está relacionada à concepção de integralidade, que é analisada por Mattos (2004, 2003) em três eixos de sentidos: o primeiro aplicado às características das políticas de saúde no sentido de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; o segundo, ligado à apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde; e o terceiro, ao modo de organização dos serviços de saúde, que busca a articulação dos diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde, a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade e a intersetorialidade (PEDUZZI, 2009).

A identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005).

O Ministério da Saúde tem se preocupado com a educação permanente como meio de transformar as práticas educativas da formação, da atenção, da gestão, de formação de políticas, de participação popular e de controle social no setor de saúde.

Dessa forma, acredita-se que a educação permanente pode ser realizada a partir dos problemas identificados na vivência dos profissionais, tendo em sua bagagem os conhecimentos já existentes, porém não são aplicados nas suas práticas.

As possibilidades de inovação e mudanças de concepções e práticas de saúde dentro das organizações dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão dos processos de trabalho (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde a educação permanente é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população, além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional – que caracteriza e fundamenta todo trabalho do PSF.

Segundo o Ministério da Saúde, 2000:

As atividades de educação em saúde podem lançar mão de inúmeras técnicas de trabalho criativo, de palestras a campanhas, oficinas, teatro, mamulengos, vídeos, literatura de cordel, feiras, caravanas, vivências, gincanas, contadores de histórias, mutirões, passeatas, programas de rádio, grupo de auto-ajuda, trabalhos corporais, capoeira, grupos de caminhadas, entre outros. O importante é a utilização de elementos da cultura local para mobilizar e sensibilizar as comunidades sobre cuidados de saúde e situações que interferem nas suas condições de saúde, a exemplo de saneamento básico, problema de drogas, alcoolismo, necessidades de mudanças de hábitos, prática de exercícios, dentre outros. (BRASIL, 2000)

A educação permanente é definida como "toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar uma mudança de atitudes e/ou comportamento a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes (OLIVEIRA, 2007).

Considerando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, especificamente os ACS que atuam cotidianamente com o usuário e que constantemente promovem ações de promoção à saúde, exigindo destes conhecimentos nas diversas áreas do saber, vemos a educação permanente como uma estratégia de capacitação e como uma inovação pedagógica na educação.

Compreende-se a educação permanente como o primeiro passo para a amenização das condições atuais do trabalho nos serviços de saúde, através do distanciamento do modelo institucional desgastante, por um local promotor de satisfação, desenvolvimento e capacitação pessoal. Devido à situação problemática que se encontra a saúde da população brasileira, a criação e adoção de políticas públicas educativas que contribuam positivamente para a promoção da saúde e geradoras de condições que colaborem para o trabalho em equipe entre professores, alunos, profissionais, gestores e comunidade, com vistas ao bem-estar individual e coletivo, são indispensáveis no contexto atual (AMESTOY, 2010).

A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto-aprimoramento, direcionado-o à busca da competência pessoal, profissional e social, como uma meta a ser seguida por toda a sua vida. A diversidade de informações,

bem como a ampla gama de necessidades de conhecimento nas mais diversas áreas, leva à constatação de que seria tarefa quase impossível para a educação formal garantir uma adequada formação ao sujeito.

Neste sentido, ela é um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social. A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. É, portanto, intrínseca, uma capacidade a ser desenvolvida, uma competência, é o aprender constante em todas as relações do sujeito (PASCHOAL, 2007)

A proposta de realizar EPS além de fortalecer as ações da equipe, proporcionará um trabalho de maior qualidade gerando então reflexos positivos aos usuários, sendo esta também um meio de levar o profissional a repensarem suas práticas de trabalho, modificando-as se necessário.

Na Educação Permanente em Saúde, as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob este enfoque, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas entendido em seu contexto sócio-organizacional e resultante da própria cultura do trabalho. Diferencia-se, assim, das listas de demandas individuais por treinamento, resultantes da avaliação de cada um sobre o que lhe falta ou deseja conhecer e que, muito freqüentemente, orienta as iniciativas de capacitação (MANCIA, 2004).

Finalizando, considera-se o ACS como um personagem fundamental na estratégia saúde da família, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, logo é necessária a oferta de capacitação aos ACS, já que o trabalho deste profissional é entendido como a base para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. A educação permanente dos agentes comunitários de saúde deve ser construída no cotidiano dos serviços de saúde, assim ela se constituirá em estratégia fundamental às transformações do trabalho para que venha a ser um lugar de atuação crítica e reflexiva.

Sob essa ótica, propomos dar início a um trabalho de EPS partindo de alguns temas identificados como relevantes para o processo de capacitação dos ACS da nossa equipe, a ser realizado no cotidiano do trabalho da ESF.

### **4.3 Proposta Educativa – Plano de Educação Permanente**

#### **1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**Instituição:** Programa Saúde da Família Núcleo I “Vida e saúde” /Área 003

**População Alvo:** Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

**Tema:** Educação permanente para os ACS de Indaiabira

**Facilitadora:** Enfermeira Ana Soares de Melo Cardoso

**Período:** Abril a Junho de 2011

#### **2 – DESCRIÇÃO DA PROPOSTA**

Proposta de educação permanente para os ACS, com temas considerados relevantes para o processo de trabalho diário, buscando o aprimoramento destes profissionais de saúde. A proposta de EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de auto-avaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares.

#### **3 – OBJETIVOS GERAIS**

Desenvolver práticas educativas que foquem a resolução de problemas concretos na perspectiva de buscar alternativas de transformação do processo de trabalho para alcance de resultados mais efetivos e eficazes.

Capacitar os ACS que atuam no PSF Núcleo I “Vida e Saúde” em Indaiabira/MG.

#### **4 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Melhorar o conhecimento técnico-científico da equipe de saúde, especialmente dos ACS.
- Proporcionar aperfeiçoamento profissional ao ACS de modo que este venha intervir na realidade, contribuindo para a transformação das práticas em saúde.
- Integrar a equipe de ACS e demais profissionais da ESF nas práticas educativas.

#### **5 – CONTEÚDOS PROPOSTOS**

##### **A) Definição das atividades específicas dos Agentes Comunitários de Saúde:**

- **Saúde da criança:** A criança no primeiro mês de vida; Triagem neonatal; Saúde bucal na criança; Acompanhamento do crescimento e Desenvolvimento; Caderneta de Saúde da Criança; Orientações alimentares para a criança; Obesidade em criança; Desnutrição infantil; Prevenção dos acidentes na infância.

- **Saúde do adolescente:** Esquema vacinal; Sexualidade; Métodos contraceptivos; Gravidez na adolescência; órgãos reprodutores masculinos e femininos; Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST's e AIDS; Sobrepeso e obesidade; Prevenção do uso de substâncias lícitas e ilícitas; Saúde bucal no adolescente; Transtornos alimentares.

- **Saúde do adulto** (saúde do homem; saúde da mulher e atenção ao idoso): Esquema vacinal; Hábitos alimentares saudáveis; Atividade física; Doenças crônicas (o que o ACS pode e deve fazer); DST's e AIDS; Saúde bucal; Planejamento familiar e métodos contraceptivos; Gravidez; Pré-Natal; Prevenção do câncer do colo uterino e mamas; Prevenção do câncer de próstata;

- **Atenção à pessoa com deficiência:** Identificação das deficiências na criança, nos adolescentes, adultos e idosos (visual e intelectual).

- **Violência familiar:** Violência contra a criança e o adolescente; Violência contra a mulher; Violência contra o idoso; Prevenção da violência familiar; Atribuições frente à violência familiar.

- **Doenças transmitidas por vetores** (mosquitos, insetos e outros): Dengue; Esquistossomose; Leptospirose; Doença de Chagas; Leishmanioses; Malária; Tracoma, etc.

**B) Revisão dos conhecimentos gerais e o processo de trabalho**

- Sistema Único de Saúde (SUS)
- Atenção Primária à Saúde (APS)
- APS/Saúde da Família
- O Processo de trabalho de ACS e o desafio de trabalhar em equipe
- Educação em Saúde
- Atribuições dos ACS
- Planejamento das ações
- Apresentação das ferramentas de trabalho do ACS

**6 – ESTRATÉGIAS DE ENSINO**

a) Num primeiro momento, utilizaremos a roda de conversa, na qual todos contribuirão priorizando os temas a serem abordados, auxiliando na elaboração do cronograma de trabalho. Posteriormente as rodas de conversa servirão para descreverem suas experiências, seguidas de discussão entre os participantes.

b) A dramatização, na qual os trabalhadores simularão acontecimentos em grupos e em seguida farão as discussões sobre a situação vivenciada.

c) Preenchimento das fichas utilizadas no trabalho (Serão orientados como preencher as fichas).

d) Utilização dos casos da realidade de trabalho para discussão dos temas acima relacionados.

e) Trabalhos em grupos após exposição dos assuntos.

**7- AVALIAÇÃO**

Após a abordagem de cada um dos conteúdos será realizada uma avaliação livre, na qual cada participante deverá resumir um dado novo sobre o tema discutido.

**8 – CRONOGRAMA**

A ser elaborado junto à equipe, de modo que atinja os objetivos.

## 5. Considerações finais

Através deste estudo conclui-se que a educação permanente em saúde é uma das estratégias capaz de promover mudanças nas práticas de trabalho dos profissionais de saúde. A educação permanente do ACS é fundamental para que estes profissionais busquem atender às necessidades das famílias, direcionando o olhar e as ações de saúde para além das práticas curativas. Mostra que a capacitação do ACS deve contemplar conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença, ultrapassando a perspectiva puramente biomédica e incorporando outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias.

Acredita-se que a educação permanente pode ser realizada a partir dos problemas identificados na vivência dos profissionais, tendo em sua bagagem os conhecimentos já existentes, porém não são aplicados nas suas práticas. A proposta da EPS parte do reconhecimento de que é no trabalho que o sujeito põe em prática a capacidade de auto-avaliação, de investigação, de trabalho colaborativo em equipe, de identificação da necessidade de conhecimentos complementares.

Além de fortalecer as ações da equipe, a proposta de realizar educação permanente em saúde proporcionará um trabalho de maior qualidade gerando então reflexos positivos aos usuários, sendo esta também um meio de levar o profissional a repensarem suas práticas de trabalho, modificando-as se necessário.

Considera ainda que é no dia-a-dia que o trabalhador formula temas para os quais necessita de aperfeiçoamento ou atualização, em uma perspectiva de transformação do seu saber e do seu fazer.

Este estudo reconhece que EPS é um processo contínuo, coletivo e institucional de reflexão sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho, que deve resultar em transformação da realidade do trabalho e da saúde da população.

É sabido que o ACS possui um papel essencial para a consolidação do SUS, não só por facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade; fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco e atuando como agente de organização da comunidade com vistas à transformação de suas condições de saúde.

Logo, sugere-se que o agente comunitário de saúde seja inserido em um processo de educação permanente, tendo como pressuposto a participação ativa e a integração da teoria com a prática. A EPS deve ser baseada na vivência da prática, permitindo a este profissional a reflexão crítica e o enfrentamento de situações reais, de forma que a reconstrução de significados ultrapasse uma aprendizagem baseada simplesmente na reprodução teórica do conhecimento e apele para uma aprendizagem significativa, utilizando-se, para isso, de metodologias participativas.

Assim, há que se ressaltar que maiores esforços valem à pena para melhorar a prática de trabalho dos profissionais de saúde, em especial do ACS, de forma a contribuir efetivamente para a consolidação do SUS.

## 6. Referências

AMESTOY, S. C. et al. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem [on line]**. v.31, n.2, p.383-387, out. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832009000300011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000300011&lang=pt)> Acesso em 15 fev. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br./civil/Constituição/Constituição.htm>>. Acesso em 20 mai 2010.

\_\_\_\_\_. Legislação Federal, 1990. **Lei N 8.080** Orgânica de Saúde, 1990. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> >. Acesso em 20 mai 2010.

\_\_\_\_\_. Legislação Federal, 1990. **Lei Nº 8.142, 1990**. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf> >. Acesso em 20 mai 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família**. A Implantação da Unidade de saúde da Família. Brasília, DF 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4). 4. ed. – Brasília, DF 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009. Disponível em <[http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1261](http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1261)> Acesso em 18 maio 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)**. v.9, n.16, p.161-168, fev. 2005. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832005000100013&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100013&lang=pt)> Acesso em 15 fev. 2011.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Índice de Desenvolvimento Humano – IDH**. Disponível em <[http://www.cnm.org.br/dado\\_geral/mumain.asp](http://www.cnm.org.br/dado_geral/mumain.asp)>. Acesso em 13 de março de 2011.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Unidade Didática II: **Iniciação à metodologia científica**: participação em eventos e elaboração de textos científicos. Belo Horizonte: Coopmed, Nescon UFMG, 2009.

FARIA, H. P. de. et al. Unidade Didática I: **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Módulo 2. Modelo Assistencial e atenção básica à Saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

FERRAZ, L. et al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.2, p. 347-355, abr. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000200012&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000200012&lang=pt)> Acesso em 20 fev. 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148 p. (Coleção Leitura)

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, BRASIL). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.1, p. 231-240, jan. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011000100026&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000100026&lang=pt)> Acesso em 20 fev. 2011.

GOMES, K. O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Revista Saúde e Sociedade**. v.18, n.4, p. 744-755, Dez. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902009000400017&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902009000400017&lang=pt)> Acesso em: 20 fev. 2011.

\_\_\_\_\_. O agente de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v.20, n.1, p. 1143-1164, Dez. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312010000400005&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000400005&lang=pt)> Acesso em 20 fev. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**. Minas Gerais: IBGE, 2011. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 20 de fev. de 2011.

KOYASHIKI, G. A. K. et al. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de saúde da Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.4, p.1343-1354, agost. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232008000400032&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400032&lang=pt)> Acesso em 20 fev. 2011.

MANCIA, J. R. et al. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.5, p. 605-610, out. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672004000500018&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000500018&lang=pt)> Acesso em 15 fev. 2011.

MARTINES, W. R. V. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 41, n.3, p. 426-433, set. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342007000300012&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342007000300012&lang=pt)> Acesso em 20 fev. 2011.

MENDONÇA, M. H. M de. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n.5, p.1433-1434, set/out. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2004000500041&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500041&lang=pt)> Acesso em 20 fev. 2011.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à distância como estratégia para a educação em saúde: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.60, n.5, p. 585-589, out. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672007000500019&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000500019&lang=pt)> Acesso em 15 fev. 2011.

PASCHOAL, A. S. et al. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.41, n.3, p. 478-484, set. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342007000300019&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342007000300019&lang=pt)> Acesso em 15 fev. 2011.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades de saúde de São Paulo. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)**. v.13, n.30, p.314-320, set. 2009.

Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832009000300011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000300011&lang=pt)> Acesso em 15 fev. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIABIRA. Secretaria Municipal de Saúde. Cadastro de usuários adscritos no Programa Saúde da Família, 2010.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. V.20, n.2, Apr./June 2007. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002007000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000200001)>  
Acesso em 10 de maio de 2010.

SANTOS, L. P. G. S. dos. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites pra a promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.44, n.1, p. 76-83, mar. 2010. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342010000100011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000100011&lang=pt)> Acesso em 20 fev. 2011.

TAVARES, C. M. de M. Educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**. v.15, n.2, p. 287-295, jun. 2006. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072006000200013&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000200013&lang=pt)> Acesso em 15 fev. 2011.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M. J. C; SOARES, S. M. Unidade didática I: **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Módulo 4. Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG - Nescon UFMG, 2009.