

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ROSANA APARECIDA RODRIGUES CARDOSO

EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE:
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA ESF SÃO JOSÉ

BOM DESPACHO – MINAS GERAIS
2015

ROSANA APARECIDA RODRIGUES CARDOSO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE:
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA ESF SÃO JOSÉ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

ROSANA APARECIDA RODRIGUES CARDOSO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE:
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA ESF SÃO JOSÉ**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

Examinador 2: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____.

Dedico este trabalho à minha avó Lourdes que aos seus 93 anos é exemplo de superação e força, sempre esteve me iluminando com suas orações ao longo de toda caminhada e que me faz lembrar a sensibilidade do cuidar do próximo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à comunidade São José que me acolheu e permitiu que eu entrasse em suas casas e fizesse parte do dia a dia no cuidado de sua saúde. À equipe São José por ter ser tornado minha família, abraçando meus ideais e sendo meu ponto de apoio durante este processo de aprendizagem. Agradeço a Deus por todas as conquistas e por ter uma família maravilhosa como pilares da minha história.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu Eu e as suas circunstâncias.” (Paulo Freire)

RESUMO

A ESF São José, Bom Despacho – MG, conta com alta demanda espontânea para atendimento médico, baixa participação social e visitas domiciliares pouco resolutivas. Para fortalecer o elo ESF – Sociedade identificou o ACS como vínculo mais importante de atuação, espera-se dele um papel de controle da situação de saúde da população e que o mesmo facilite o acesso ao serviço de saúde. Reclamam sobre ele expectativas de mediação, aproximação e facilitação do trabalho da equipe. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de capacitação, através da Educação Permanente, para ACS da Equipe São José. Com base em referencial teórico de produções científicas brasileiras, gratuitas, on line, na SCIELO, Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual do NESCON e com o Planejamento Estratégico Situacional, foi elaborado um plano de ação com reuniões mensais abordando temas de saúde e realizando reflexão sobre o trabalho da equipe e do ACS, resultados e perspectivas, através dos conceitos da Educação Permanente em Saúde. A reflexão sobre o trabalho da ESF permite reconstruir novas estratégias e ações em saúde, facilitando o processo de trabalho e execução, como forma de aprendizagem, valorização e transformação do seu cotidiano.

Palavras - chave: Educação Permanente. Agente Comunitário de Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Strategy for Family Health (SFH) São José, Bom Despacho – MG, experiences a spontaneous high demand for medical service, low social participation and unproductive home visits. To strengthen the bonds between SFH and Society, the Community Health Agent (CHA) was identified as the most important link in the chain of action, it's expected that he have a role in controlling the health situation of the population and facilitate access to health services. Expectations of mediation, outreach and facilitating the work of the team fall upon them. The Objective this work is to develop a capacitation project through Permanent Education (PE) for the CHA. Based on the academic reference of Brazilian scientific outputs online in SCIELO, the Ministry of Health, and Virtual Library of NESCON and with the Situational Strategic Planning, it was elaborated the action plan with monthly meetings with team and CHA addressing health themes and carrying out reflections upon their work, results and perspectives, through the concepts of PE. Reflection upon the work of SFH allows for the construction of new strategies and actions in health, facilitating the processes of work and execution in health acts as a form of learning, adding value to and transforming their everyday lives.

Key Words: Education, Continuing. Community Health Workers. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde de Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação na Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO	11
1.2 BAIRRO SÃO JOSÉ.....	14
1.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ	15
1.4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	16
2. JUSTIFICATIVA	19
3. OBJETIVO	21
4. METODOLOGIA	22
5. REFERENCIAL TEÓRICO	23
5.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
5.2 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	25
5.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	27
6. PLANO DE AÇÃO	31
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1. INTRODUÇÃO

1.1 MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO

Bom Despacho é uma cidade de médio porte, com cerca de 45.624 habitantes, localizado no centro oeste de Minas Gerais, a 156 km de Belo Horizonte. Possui uma área de 1.213,546 km², o bioma é o cerrado, conta com um distrito, Engenho do Ribeiro, localizado a 30 km. O atual prefeito é Fernando José Castro Cabral (2013/2016).

Figura 1 – Localização de Bom Despacho no estado de Minas Gerais, Brasil.



Fonte: Wikipédia(2014)

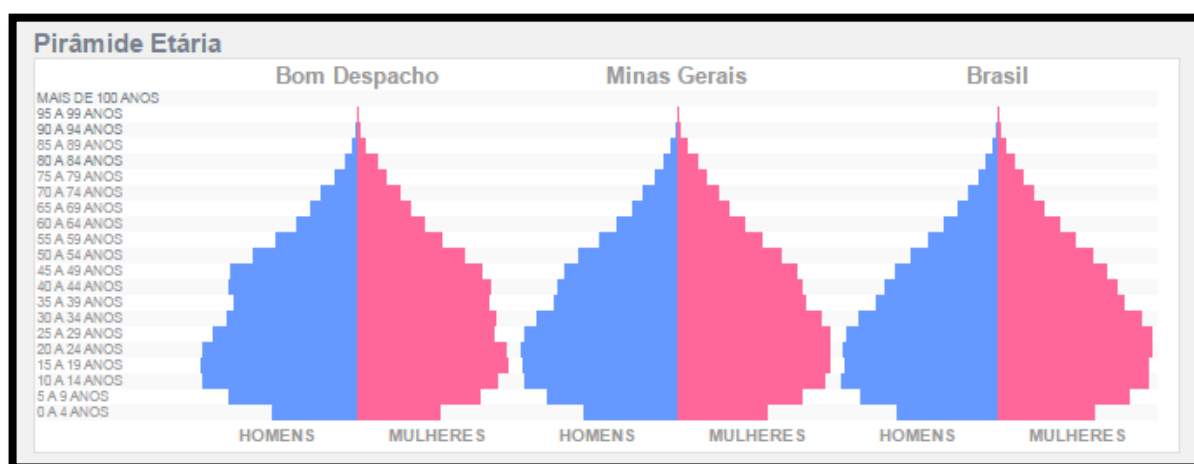
O nome do município foi em homenagem a Nossa Senhora do Bom Despacho.

Foi um português chamado Manuel Picão, quem primeiro se internou nas terras que constituem o atual município de Bom Despacho, por volta de 1730. Em 1775, outros povoadores também portugueses, ali chegaram e foram apossando-se das terras que lhes parecerem mais propícias à criação de gado e a lavoura de subsistência. Esses portugueses e seus descendentes edificaram, por volta de 1790, uma ermida dedicada a Nossa Senhora do Bom Despacho. Era o arraial que nascia. Mais tarde, a velha capela de capim cedia lugar à outra, coberta de telhas, e passou a constituir o mais importante instrumento de sociabilidade, ligação e intercâmbio da população. A criação e a pecuária deram bases estáveis para a ocupação do território, e sobre elas pode fixar a economia do arraial. A origem do topônimo "Bom Despacho" deve-se à invocação religiosa na consagração da ermida pioneira, cujo fundador foi grande devoto de Nossa Senhora do Bom Despacho. (Cidades IBGE).

A densidade demográfica do município é de 37,28 habitantes por quilômetro quadrado. A diminuição simultânea das taxas de natalidade, mortalidade infantil e

fecundidade têm levado a uma mudança significativa no perfil da estrutura etária de Bom Despacho, assim como visto no país. Estas tendências são reforçadas pelo aumento na longevidade e a consequência é uma população cada vez mais velha. O fato pode ser facilmente constatado ao se observar o aumento da população com 65 anos ou mais, acompanhado da diminuição da população com 15 anos ou menos (Figura 2). Essa transição requer nova adaptação dos serviços de saúde e estratégias de ação de cada setor, principalmente as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

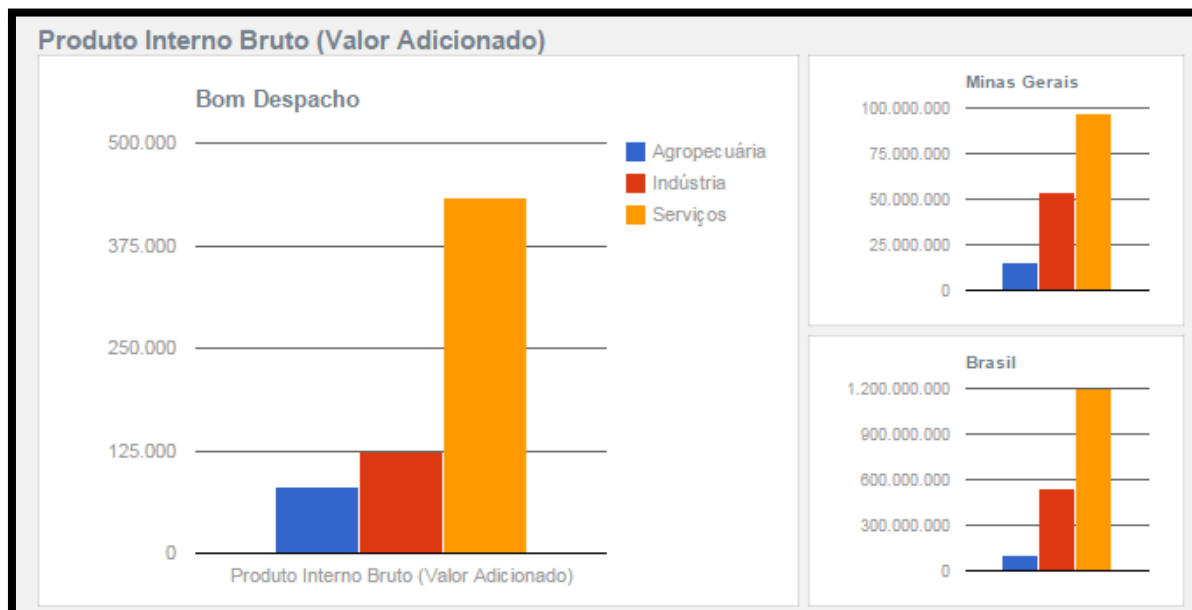
Figura 2 – Distribuição da faixa etária de Bom Despacho, comparação com Minas Gerais e Brasil.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

Serviços, indústria e agricultura são as atividades econômicas mais importantes, as principais culturas são soja, arroz, cana de açúcar e milho e está entre as maiores bacias leiteira de Minas Gerais (Figura 3). No entanto a Incidência da Pobreza é de 31,63% (IBGE, 2010). A localização geográfica da cidade, num corredor que liga a BR-262 à BR-040 dá-lhe uma significativa vantagem estratégica. De um lado, seus produtos podem ser rapidamente colocados nos mercados consumidores. De outro lado, seu florescente comércio e sua importante estrutura de prestação de serviços é de fácil acesso aos demandantes de toda a região.

Figura 3 – Economia da cidade de Bom Despacho, comparativo com Minas Gerais e Brasil.



Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA.

Bom Despacho faz divisa com os municípios de Moema, Martinho Campos, Araújos, Leandro Ferreira, Dolores do Indaiá e Santo Antônio do Monte, considerada cidade pólo para as cidades menores. Conta com um Batalhão da Polícia Militar, que oferece o curso de formação de soldados e sargentos, gerando grande sensação de segurança à população. Mesmo com a presença do Batalhão, há alta incidência de drogas ilícitas e lícitas, presença de violência urbana, principalmente nos bairros de nível socioeconômicos mais baixos.

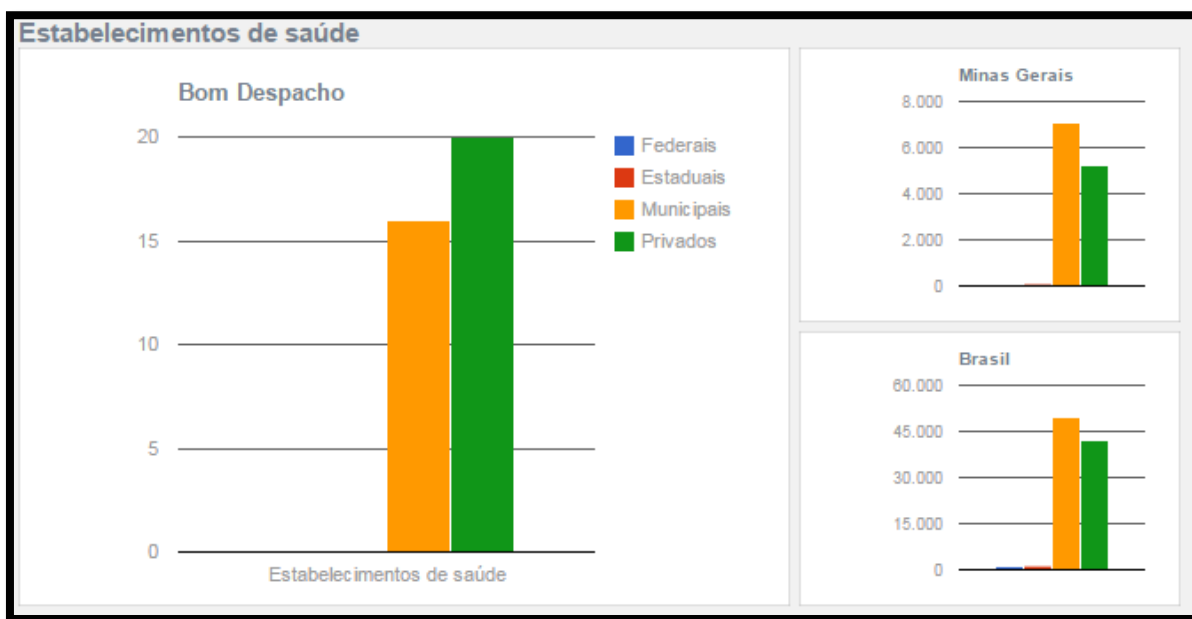
Bom Despacho está passando por uma fase de transição, devido a implantação da Faculdade Presidente Antônio Carlos de Bom Despacho, na BR 262, Km 480. Há grande número de estudantes à procura por moradia e emprego.

Atualmente são 15 Equipes de Estratégia de Saúde da família (ESF), cada uma composta por 1 a 2 médicos, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar, Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As ESF contam com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicóloga, Fonodíloga, Assistente Social, com o Centro de Atenção Psicossocial e de Saúde da Mulher. No entanto, para conseguir os 100% de cobertura, não foi aumentado o número de Equipes, mas sim sua abrangência, o que tem gerado sobrecarga de trabalho na grande maioria das Unidades de Saúde.

A Atenção Básica ainda conta com um pronto Atendimento como referência para Urgência/Emergência. Os Médicos contratados hoje são a minoria, conta com o Programa Mais Médico e PROVAB, os ACS são na maioria contratados, enfermeiras efetivas, técnicas de enfermagem efetivas em sua maioria. Trabalham 40 horas semanais, de 7h às 11h e de 13h as 17h. Os serviços de saúde do municípios são municipais ou privados, levando a prefeitura fazer convênios e contratações de prestação de serviços de terceiros (Figura 4).

Sistema de Referência e Contra referencia conta com as seguintes especialidades: ginecologia e obstetrícia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, dermatologia, ortopedia, cirurgia geral, otorrinolaringologia, pediatria, neurologia, psiquiatra e mastologia. Redes de Média complexidade são atendidas no município e Alta complexidade encaminhado para centros de referências (Itaúna, Divinópolis, Belo Horizonte, Formiga e Santo Antônio do Amparo).

Figura 4 – Estabelecimentos de Saúde de Bom Despacho



Fonte: IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. NOTA: Atribui-se zeros aos valores dos municípios onde não há ocorrência da variável ou onde, por arredondamento, os totais não atingem a unidade de medida.

1.2 BAIRRO SÃO JOSÉ

O Bairro São José se localiza no início da cidade, considerado como bairro antigo e residencial, conhecido pelos moradores mais velhos como Arraial. Possui como acesso

principal a MG 164, que sai da BR262 e atravessa a cidade. O parque de exposição, onde acontecem festas de rodeio, shows, inicialmente afastado, hoje está cercado por residências, o que gera grande desconforto aos moradores. Há a Igreja São José, sendo a grande maioria da comunidade católica, assim como a população da cidade. O bairro conta com grande comércio voltado a carro, possui padaria, farmácias, supermercados, escola. A população principal é idosa, considerada de bom nível socioeconômico. Mas há desemprego, dependentes químicos, população jovem e universitária.

1.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ

A Equipe de Estratégia de Saúde da Família São José foi inaugurada há aproximadamente 10 anos, funcionava na mesma unidade da Equipe Jardim América. Atualmente encontra-se desmembrada e o funcionamento em uma casa adaptada para ser uma Unidade de Saúde, cuja abrangência é em torno de 4000 habitantes. Há um consultório médico, um consultório para a enfermeira, uma sala de curativos, uma sala de observação, onde ocorre o atendimento da Nutricionista, Fisioterapeuta e Psicóloga, em dias alternados; Uma recepção, uma sala de espera, dois consultórios da Saúde Bucal, uma copa e uma área externa onde acontecem os grupos operativos. A estrutura é suficiente para atender bem a demanda, porém precisa de mais organização funcional. O Horário de atendimento é de 7 às 11h e de 13 às 17h.

A equipe é formada pelos seguintes profissionais:

Adriana Aparecida Ferreira, 40 anos. - Serviços Gerais.

Adriana Cristina Soares, 26 anos – Agente Comunitário de Saúde. Responsável pela microárea 01, com 206 famílias, cerca de 540 pessoas.

Sueli Maria da Silva Oliveira, 52 anos – Agente Comunitário de Saúde. Responsável pela microárea 2, com 212 famílias, aproximadamente 570 pessoas.

Glice Mara da Silva, 36 anos – Agente Comunitário de Saúde. Responsável pela microárea 3, com 227 famílias, aproximadamente 567 pessoas.

Renata Maciel dos Santos Silva, 22 anos – Agente Comunitário de Saúde. Responsável pela microárea 4, com 233 famílias, aproximadamente 703 pessoas.

Luciene Imaculada de Souza, 47 anos – Agente Comunitário de Saúde. Responsável pelo microárea 5, com 228 famílias e 535 pessoas aproximadamente.

Karine Aparecida dos Santos Souza, 22 anos - Agente Comunitário de Saúde. Responsável pelo microárea 6, com 248 famílias, cerca de 580 pessoas.

Andréia Maria de Araújo, 51 anos – Técnica de Enfermagem. Responsável pela recepção dos pacientes e procedimentos da unidade, como curativos, vacinação, injeções, vistas domiciliares. Trabalha na doação de sangue para o Hemominas, de 15 em 15 dias, às quartas-feiras.

Ieda Angélica Dias Tavares, 50 anos – Técnica de Enfermagem. Divide os procedimentos com a Andreia, faz recepção do pacientes, sala de espera, levantamento de dados.

Clélia Madeira e Silva, 30 anos – Enfermeira. Realiza a triagem, acolhimento, puericultura e preventivos, além de coordenar a equipe.

Rosana Aparecida Rodrigues Cardoso, 28 anos – Médica do Provac. Realiza o atendimento médico da unidade, dividido em demanda espontânea, consultadas agendadas, visita domiciliar, Pré – Natal, Saúde do Trabalhador, Grupo Hiperdia.

Roberta Keila Cardoso Gontijo Santos, 41 anos – Cirurgiã – Dentista.

Ana Paula Santos, 37 anos – Técnica em Saúde Bucal.

Regina Andrade Felisbino Gontijo, 40 anos – Técnica em Saúde Bucal.

Cláudia Mara Pessoa, 30 anos – Psicóloga/NASF.

Izabel Cristina da Silva, 39 anos - Fisioterapeuta/NASF.

Nathália Fraga Firmino, 29 anos – Nutricionista/NASF.

1.4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A Estratégia de Saúde da Família tem como característica ser uma equipe multiprofissional e integrada a ela os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este novo

conceito de saúde básica no Brasil busca um cuidado contínuo, longitudinal, com prevenção e controle de danos, e, principalmente, a participação do indivíduo e sociedade como sujeitos/agentes de sua própria saúde. . (BRASIL, 2009)

Foi diante dos problemas enfrentados pela equipe que se levantou a atenção para o trabalho dos ACS, o vínculo mais importante para o bom funcionamento da equipe e para fortalecer este elo ESF – Sociedade. Forma-se então um tripé, ESF – ACS – Sociedade, pela formação e cuidado da saúde. O papel do ACS no cuidado da saúde e elo ESF – Sociedade tornou-se então o foco e objetivo de estudo e intervenção.

Ao reforçar a participação da comunidade e o vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população, o PSF tem sido apontado como uma estratégia de avanço na história recente de saúde pública no Brasil. No contexto desta estratégia, o agente comunitário de saúde (ACS) é considerado o principal elo de ligação entre a Unidade de Saúde da Família (USF) e a comunidade, um profissional fundamental para o melhor desenvolvimento da assistência. (CARDOSO, NASCIMENTO 2010, p. 1510)

O ACS tem a função de trabalhar a participação popular para que se possam adequar as ações às necessidades da população, ações de prevenção e promoção, educação à saúde e mobilização comunitária para melhorias do ambiente. Sua participação no elo ESF – Sociedade é de extrema importância para a consolidação da proposta do modelo atual de Atenção Básica pelo SUS. (BRASIL, 2009)

Baixa frequência de visita familiar por usuário cadastrado, dados desatualizados, intervenções pouco efetivas, baixa mobilidade social em prol da saúde e participação na Unidade foram os problemas identificados e correlacionados ao trabalho do ACS.

De acordo com Silva (2010), a Educação Permanente em Saúde foi instituída no Brasil após 2003 como política pública, a qual é compreendida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Os processos educativos dos trabalhadores da saúde visam à transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estratégias de transformação das práticas de saúde.

Ao se refletir as ações da equipe de saúde, individuais e coletivas, a mudança da prática acontece, encontrando novas perspectivas para sua atuação, sendo necessários, nos momentos de educação, a participação e o envolvimento de todos os profissionais, pois a troca de saberes propiciará a construção do conhecimento novo. (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012)

Percebe – se, portanto, a importância da Educação Permanente para os profissionais de saúde, o aprender pelo trabalho e reflexões do seu cotidiano, além de sua inserção na gestão para que se crie uma corresponsabilidade do processo de trabalho desenvolvido pela ESF. Melhorias na condição de trabalho, como salário e infraestrutura, também são pontos críticos nessa transformação.

2. JUSTIFICATIVA

Pela inserção na ESF, espera-se do ACS o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde. Reclamam sobre o ACS as expectativas de mediação, aproximação e facilitação do trabalho de atenção básica em saúde, daí a importância de aprofundar na atuação do ACS e o no trabalho que está sendo desenvolvido por eles na ESF São José.

De acordo com o Manual - O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2009), “a rotina de trabalho das equipes inclui o conhecimento do território e da população, da dinâmica familiar e social, que são ferramentas valiosas para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações”. A desatualização dos dados, a falta do diagnóstico situacional e acompanhamento familiar impedem ações efetivas e resolução dos problemas da população. As consequências são a alta demanda espontânea, baixa resolutividade das ações, sobrecarga de trabalho, insatisfação dos profissionais e da população.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) define as seguintes atribuições para este profissional:

- ✓ Mapear sua área de abrangência, cadastrar as famílias e atualizar constantemente estes dados.
- ✓ Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar área de risco.
- ✓ Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames, atendimento odontológico, quando necessário.
- ✓ Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da atenção básica.
- ✓ Realizar por meio de visitas domiciliares (VD) acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade.
- ✓ Estar sempre bem informado e informar aos demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco.
- ✓ Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças.
- ✓ Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras.
- ✓ Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites.
- ✓ Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe.
- ✓ Preencher os instrumentos de informação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). (BRASIL, 2009)

Assim o ACS é um trabalhador específico do SUS e o seu trabalho é altamente importante e significativo para a consolidação da Atenção Básica da Saúde.

Investir na sua qualificação, mediante projetos de educação continuada, contribui com a melhoria da assistência oferecida, aperfeiçoa a efetividade das ações destes trabalhadores e fortalece o vínculo da ESF com a comunidade.

3. OBJETIVO

Elaborar um projeto de capacitação através da Educação Permanente para os ACS da Equipe São José, otimizando a efetividade de suas ações, contribuindo para o fortalecimento do vínculo da ESF com a sua comunidade.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, através de revisão de literatura, com o enfoque da Educação Permanente na formação e capacitação dos ACS, bem como o seu processo de trabalho dentro da equipe e da comunidade.

Para a consolidação deste trabalho, efetuou-se o levantamento bibliográfico na Internet nas bases de dados da BVS do Ministério da Saúde e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Foram consultadas também as bases de bibliotecas virtuais das maiores universidades brasileiras.

A pesquisa foi realizada pela autora no período de outubro de 2015 a novembro de 2015. Foram selecionadas as produções científicas brasileiras, gratuitas, disponíveis on line, na SCIELO, Ministério da Saúde, Biblioteca virtual do NESCON, que focavam os temas de estudo, no total ou em partes.

A revisão bibliográfica foi feita com os seguintes descritores: Educação Permanente em Saúde, Agente Comunitário de Saúde e Estratégia de Saúde da Família buscados em par ou trio.

Como critérios de inclusão foram selecionados os estudos que citavam os agentes comunitários de saúde, a sua preparação para o trabalho na estratégia da saúde da família, disponíveis no modo texto completo.

Para fazer o plano de ação utilizou-se do método de Planejamento Estratégico Situacional simplificado. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, no sentido da reestruturação dos serviços de saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Primária à Saúde, designada nacionalmente de Atenção Básica, foi considerada como caminho para alcançar a universalidade das ações no território nacional. Em 1997, o PSF foi considerado como uma estratégia possível para reorientação da Atenção Básica e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde no país. (SILVA et al. 2013)

Pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), este modelo atenção atua com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o primeiro contato dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade da atenção, equidade, acessibilidade, Regionalização e hierarquização, humanização e participação social. Para contribuir com o funcionamento das RAS, a atenção básica deve cumprir algumas funções:

- Ser base
- Ser resolutiva
- Coordenar o cuidado
- Ordenar as redes (BRASIL, 2012).

A comunicação entre as redes se faz pelo sistema de Referência e Contra – Referência, sendo o PSF responsável pelo seguimento do paciente, sem perder o vínculo com a Atenção Primária.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012. p. 19)

Uma equipe do Programa Saúde da Família é responsável pelo acompanhamento de seiscentas a mil famílias, não devendo ultrapassar o limite máximo de 4.500 pessoas. É composta basicamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A partir do ano de 2000, com o ingresso da saúde bucal no PSF, a equipe passou a contar com mais um dentista, um técnico de higiene dental e um auxiliar de consultório dentário. (CARDOSO, NASCIMENTO, 2010.)

O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, através do diagnóstico situacional, e por vínculos entre profissionais e população. Além dos princípios de intersetorialidade, Educação Permanente, monitoramento, avaliação e estímulo à participação popular, visando a uma melhoria gradativa nas condições de vida da população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária. (SILVA et al., 2013)

Através de uma revisão de literatura de 1998 a 20010, Silva et al., 2013, colheu dados sobre a ESF e seus avanços. Os dados descritos apontam melhorias no sentido da prática assistencial relacionada ao acolhimento, ao vínculo, às orientações fornecidas ao usuário, ou seja, ao componente demanda. Relata que são pouco exploradas as ações essenciais que elevam a ESF à condição de reorientadora do modelo como a exploração do território, a educação em saúde, a participação popular, o planejamento e a avaliação, ou seja, aquelas focadas nas necessidades.

A formação e a Educação Permanente se destacam como subcomponentes importantes, onde ainda são presentes os entraves na formação acadêmica que é apontada, por alguns estudos, como desafio para a ESF. A deficiência de profissionais com perfil para a ESF tem sido descrita, mas, em contrapartida, é pouco referido o desenvolvimento de ações tanto dos meios instituídos pelas esferas de governo federal e estadual, como outras propostas que viessem a atender às necessidades dos municípios. (SILVA et al., 2013)

Os profissionais da ESF requerem capacidades e qualificações para atuar de forma eficiente e com os princípios de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, as ações de planejamento, organização e avaliações das atividades também são frequentes do dia a dia deste profissional. (BRASIL, 2012)

Segundo Ferreira, Schimith, Caceres, 2010, a questão de recursos humanos representa desafios e riscos para a sustentabilidade do PSF. Desde a sua concepção, sabia-se da inexistência de profissionais com o perfil necessário para este novo modelo. Há uma nova dinâmica do processo de trabalho, é necessária uma visão ampliada, ser resolutível nas

clínicas básicas e ser capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde da população em uma concepção de recuperação adequada de saúde e de qualidade de vida.

5.2 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A primeira experiência de Agentes Comunitários de Saúde como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará em 1987. Em 1991, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com as secretarias estaduais e municipais, institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), objetivando reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente no Nordeste do Brasil. (BARROS et al., 2010)

Com a criação do PSF, em 1994, emergiu a categoria do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para atuar nas unidades básicas e ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. No entanto, somente em 2002 a profissão foi criada em termos de lei, sendo em 2006 regulamentada com a promulgação da Lei Nº 11.350. (BARROS, 2010)

De acordo com a PNAB, Brasil (2012), são atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde:

- ✓ Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
 - ✓ Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
 - ✓ Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
 - ✓ Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
 - ✓ Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade.
- ✓ Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS.
 - ✓ Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;
 - ✓ Estar em contato permanente com as famílias, acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e

enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

O ACS está sob supervisão do enfermeiro da ESF, que tem a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS. O número de ACS deve ser até 12 por equipe de ESF, suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo até 750 pessoas por ACS, não ultrapassando o teto de 4000 pessoas por equipe. Sendo que quanto maior grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por abrangência. (BRASIL, 2012).

Na equipe de saúde o agente comunitário é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características quer pelos profissionais, quer pelos moradores, traduz-se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde. (ANDRADE, 2012)

A sobrecarga de trabalho da equipe, em especial ao ACS que se vê duplamente cobrado, pela equipe e pela população, o põe em risco para o estresse laboral e suas consequências. A síndrome de *Burnout*, agravo conhecido entre médicos e enfermeiros, agora também se torna presente entre os ACS, tema do estudo de Maia e colaboradores (2011).

A síndrome de Burnout, síndrome do esgotamento profissional, tem sido estudada por representar não apenas um agravo à saúde do profissional, mas também um risco aos indivíduos por ele assistidos. Trata-se de uma síndrome que engloba sensações de ineficácia e desapego ao trabalho, atingindo trabalhadores expostos a estressores crônicos presentes no ambiente laboral, principalmente em atividades nas quais o contato humano é um componente preponderante. (MAIA; SILVA; MENDES, 2011)

Composta por três dimensões – exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional – formando o que é conhecido como modelo multidimensional, MASLACH, 2009 *apud* MAIA; SILVA; MENDES, 2011:

- A exaustão emocional, o componente pessoal da síndrome, é representada por uma sensação de desânimo, fraqueza e falta de energia (esgotamento) aliada ao sentimento de incapacidade de lidar com as atividades rotineiras da prática.
- A despersonalização é a consequência do distanciamento e das atitudes negativas, indiferentes ou impacientes adotados pelo profissional. Esta dimensão é a

responsável pelo efeito indireto da síndrome de *Burnout* sobre as pessoas – e sua saúde – que, na condição de usuárias do serviço prestado pelo indivíduo afetado pelo esgotamento profissional, têm contato com este. Porém, é importante a compreensão deste componente como um fator de proteção adotado naturalmente pelo sujeito esgotado.

- A baixa realização profissional é acompanhada de sensações de incapacidade, insuficiência, desmotivação e insatisfação para com o trabalho.

Em 2009, o Ministério da Saúde lança o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde elaborado pelo Departamento de Atenção Básica, como objetivo oferecer subsídios para o desenvolvimento do trabalho do ACS. (BRASIL, 2009)

Através dele, reconhece-se que o processo de qualificação dos agentes deve ser permanente e apresenta a publicação, com informações atualizadas relacionadas aos temas mais frequentes do seu cotidiano, pensado para facilitar a consulta e o manuseio principalmente durante as visitas domiciliares, auxiliando no esclarecimento de dúvidas de forma objetiva. (BRASIL, 2009)

Ferreira, Schimith, Caceres (2010), aplicou um questionários para os profissionais de saúde do Programa Saúde da Família dos 31 municípios abrangidos pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados dentre os profissionais ACS foram: para os agentes entrevistados, a atividade mais fácil foi o cadastramento das famílias e atualização permanente de cadastros; a atividade citada como mais difícil foi à identificação de parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe; e as dificuldades evidenciam a falta de capacitação e treinamento em serviço destes profissionais.

5.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O conceito de Educação Permanente em saúde foi inicialmente trabalhado na saúde pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), nas décadas de 1980 e 1990. Após 2003, no Brasil, foi instituída como política pública, a qual é compreendida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Sua concretização depende que os processos educativos dos trabalhadores da saúde tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo que pode ser considerada como orientadora das iniciativas de

desenvolvimento dos sujeitos-trabalhadores e das estratégias de transformação das práticas de saúde. (SILVA, 2010)

É fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do trabalho e na valorização deste como fonte de conhecimento, na valorização da articulação da atenção à saúde com a gestão e o controle social e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores. (TESSER et al., 2011)

A Educação Permanente oferece uma visão geral, filosófica-política e técnica-pedagógica, para o processo de formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde em relação aos desafios de seu trabalho cotidiano. Volta-se à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, diferenciando-a da educação continuada, pautada na concepção de educação como transmissão de conhecimento e na valorização da ciência como sua fonte, pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, conhecimento técnico-científico. (TESSER et al., 2011)

Ainda segundo Ferreira, Schimith, Caceres (2010), ainda após doze anos da criação da ESF, os profissionais encontram várias dificuldades em atuar da forma adequada e necessária a este novo modelo de trabalho, o PSF. É necessário o conhecimento das necessidades de todos os profissionais que atuam nesta estratégia de trabalho, para que os currículos universitários sejam adequados a este novo modelo, e cursos de capacitação e reciclagem sejam realizados pelo Ministério da Saúde, estado e municípios através dos Polos de Capacitação e Educação Permanente para ampliar a visão destes profissionais e desenvolver habilidades que respondam às necessidades da comunidade da área adstrita e venha a adequar o perfil dos mesmos, para que esta estratégia em saúde seja consolidada.

Tesser et al. (2011), apresenta resultados de uma pesquisa sobre de que maneira a análise da realidade social e de saúde elaborada por equipes da ESF está sendo utilizada para a geração de ações locais de promoção da saúde e de Educação Permanente. Relata que os profissionais conheciam a expressão, mas a identificaram como educação continuada na forma de cursos de atualização e capacitação, com apenas duas exceções, sendo que vários desconheciam o termo, principalmente dentre os ACS.

Também foi notada a ausência de práticas de EP nestes municípios. Tesser et al. (2011) ainda conclui que os rituais e as atividades existentes de coleta sistemática de dados

pouco alimentavam processos analíticos e de proposições de ações locais de promoção, mas os processos de trabalhos centrados na assistência aos usuários, por vezes, o faziam.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. A Educação Permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

Segundo PNAB, a Educação Permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”. (BRASIL, 2012)

A educação em saúde é responsabilidade de todos que compõem a equipe de saúde da família, permitindo, juntamente com a comunidade, identificar situações que coloquem em risco a saúde das famílias acompanhadas e enfrentar, de forma conjunta, os determinantes do processo saúde-doença-cuidado. (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010.)

Outro aspecto importante, ressaltado pela PNAB, da Educação Permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão. Qualificação de gestão e dos serviços de saúde na atenção básica possibilita a construção de estratégias contextualizadas e aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos profissionais da ESF em seu cotidiano. Estimula experiências inovadoras na gestão do cuidado e vinculação dos processos de Educação Permanente à estratégia de apoio institucional. (BRASIL, 2012)

Reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar às ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade. (BRASIL, 2012, p. 40)

Com base em Tesser et al. 2011, a política de Educação Permanente deve contribuir para aprimorar o processo de conhecimento e análise da realidade social, bem como aumentar a resolubilidade, a longitudinalidade, a humanização, a coordenação do cuidado e a competência pedagógica e cultural para o processo progressivo de “empowerment comunitário” de que fala a promoção da saúde.

6. PLANO DE AÇÃO

Plano de Ação “Fortalecendo Vínculos”, através da Educação Permanente em Saúde para ESF São José.

O plano de ação (Quadro 1) tem como objetivo capacitar os ACS, mas também toda equipe da ESF São José. Visa uma nova forma de trabalho mais estruturada e equilibrada, respeitando suas limitações, mas com maior eficácia, oferecendo um serviço humanizado e de acordo com as necessidades da comunidade.

Quadro 1 – Plano de Ação Fortalecendo Vínculos.

Equipe São José – Plano de Ação				
Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Capacitação dos ACS	Fortalecendo Vínculos	Maior efetividade das ações dos ACS e da equipe.	Educação Permanente através de reuniões da equipe.	Organizacional: Organizar a agenda e a reunião de equipe. Cognitivo: Informação, estratégia de abordagem, conhecimento sobre Atenção Primária e do Programa de ACS (PACS). Financeiro: Impressão do Guia do ACS, textos, material audiovisual.

Os responsáveis pelo projeto e operações estratégicas serão o médico e o enfermeiro da ESF. As reuniões serão mensais, às quintas-feiras, com 1 hora no final da agenda, inicialmente com todos da equipe para abordagem de assuntos em comum, posteriormente serão direcionadas aos Agentes Comunitários de Saúde.

Contará com o apoio da psicóloga (NASF) para dinâmicas e grupos de motivação e trabalho em equipe. A fisioterapeuta, assistente social e nutricionista também serão convidadas a participar das reuniões de acordo com os temas trabalhados e demanda dos casos discutidos, possibilitando uma abordagem multidisciplinar e integral ao paciente, além da reflexão em equipe do trabalho realizado e expectativas.

Quadro 2 – Plano Operativo.

Equipe São José – Plano operativo				
Operação/Projeto	Resultados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Fortalecendo o vínculo.	Maior efetividade das ações dos ACS e da equipe.	Educação Permanente através de reuniões da equipe.	Enfermeira, médica e psicóloga.	3 meses para organização das reuniões, agenda e material didático.

A cartilha do Ministério da Saúde, O Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2009), será usada para abordar temas do cotidiano do ACS e melhorar seu desempenho nas visitas domiciliares. Textos da plataforma Nescon com os temas Atenção Básica, Acolhimento, Processo de Trabalho também serão abordados com toda equipe para melhor organização do trabalho desenvolvido na ESF (Quadro 3).

Quadro 3 – Temas por reunião programada.

Equipe São José – Fortalecendo vínculos.			
Reunião	Assunto	Objetivo	Responsável
1	Acolhimento	Compreender e melhorar o acolhimento da Equipe.	Médica
2	Processo de trabalho	Conhecer os deveres de cada profissional e o processo de trabalho da Equipe.	Enfermeira
3	Motivação pessoal e trabalho em equipe.	Melhorar a motivação dos ACS e dinâmica de trabalho	Psicóloga
4	Deveres e direitos dos ACS	Entender o trabalho do ACS.	Médica
5	Saúde da criança	Identificar doenças de notificação infantil. Caso controle da comunidade.	Enfermeira

6 E 7	Saúde da criança	Realizar o acompanhamento infantil e identificar situações de risco. Caso controle da comunidade.	Médica
8	Saúde do adolescente	Orientar o acompanhamento vacinal, saúde bucal e como trabalhar a sexualidade. Caso problema ou controle.	Enfermeira, Psicóloga.
9	Saúde do adulto	Orientar quanto às doenças crônicas, medidas de prevenção e controle. Grupo Hiperdia. Peculiaridades da saúde do homem e da mulher.	Médica.
10	Saúde do Idoso	Orientar quanto a fatores de risco para maus tratos, quedas; Vacinas e comorbidades. Reabilitação. Casos de suspeita de maus tratos.	Enfermeira, Fisioterapeuta.
11	Saúde Mental	Orientar quanto sinais e sintomas de depressão e transtornos psiquiátricos; acompanhamento. Casos controle.	Médica, Psicóloga.
12	Dengue e outras doenças transmitidas por vetores.	Orientar quanto prevenção e cuidados, sinais e sintomas;	Enfermeira.

O Guia Prático do ACS trás diversos temas, divididos em Saúde da criança, Saúde do adolescente, Saúde do adulto, Saúde Mental, Atenção à pessoa com deficiência, Violência familiar, Doenças transmitidas por vetores e outros conceitos importantes para prática do profissional. Possui uma leitura fácil e com ilustrações educativas, no entanto, nenhum ACS da equipe São José conhece este material.

Cada encontro terá um caso da comunidade para discutir sobre as ações realizadas e o que ainda poderá ser feito com base na leitura do dia. Casos identificados e classificados como de difícil controle, ou casos problemas, poderão ser abordados no Grupo de Matriciamento, englobando as ações do NASF e toda equipe para planejamento de ações e intervenções multidisciplinares.

Espera-se que após a capacitação, as reuniões ocorram de acordo com a demanda dos ACS, com as queixas da comunidade, sempre proporcionando um momento de reflexão do trabalho desenvolvido, suas limitações e perspectivas.

A Planilha de Monitoramento (Quadro 4) é importante como parte do processo avaliativo, com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e estão tendo os resultados esperados. Segue a seguir a planilha de monitoramento do plano de ação da Equipe São José:

Quadro 4 – Planilha de Monitoramento ESF São José.

Equipe São José – Planilha de Monitoramento			
Indicadores	Atual	Em 6 meses	Em 1 ano
Definição de microárea por ACS			
Atualização de cadastro familiar			
Número de Visita Domiciliar pelos ACS			
Capacitação dos ACS de acordo com o Manual do Ministério da Saúde			
Número de consultas de demanda espontânea			
Número de consultas agendadas			
Grupo Hipertensão e atividades de Promoção de saúde.			
Diagnóstico Situacional			
Satisfação geral dos profissionais da equipe			
Satisfação geral dos usuários			

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se perceber que pouco se aplica os conceitos de Educação Permanente na estratégia de saúde da família, ainda muito confundida com a Educação Continuada, que não trabalha a consciência do dia a dia do profissional, voltada apenas para o saber teórico e de forma hierarquizada, importante também na capacitação do ACS, mas não o suficiente para preencher as lacunas da Estratégia de Saúde da Família.

Nesse sentido, a Educação Permanente e sua assunção pelos gestores locais constituem-se em instrumento privilegiado de ampliação da qualidade da análise da realidade e da construção de ações de promoção da saúde e de cuidado, num contexto de democratização da gestão e das relações de trabalho. Ela poderá contribuir para a melhor compreensão da promoção da saúde e a superação da visão hierárquica e autoritária dos processos de educação e de trabalho.

Acredito fortemente no poder que o ACS pode exercer na comunidade e dentro da própria equipe, na formação de um tripé (ESF - ACS - Sociedade) em prol de um objetivo comum, formação e cuidado da saúde. Sua valorização como profissional de saúde, tendo seu espaço e trabalho bem executado, é a base para uma atenção básica eficiente e dentro dos princípios do SUS. A comunidade estará devidamente amparada e representada dentro da equipe, com mais informação e melhor entendimento do processo de trabalho do posto de saúde de sua comunidade. Através de processos educativos, busca-se a autonomia, o autocuidado e a responsabilidade dos indivíduos no processo saúde-doença, aumentando participação social e a valorização da promoção e prevenção em saúde.

Oferecer um suporte educacional, como a formação e a capacitação profissional, associada à Educação Permanente, poder ser um fator protetor e estruturador fazendo com que o ACS se torne capaz de lidar com suas frustrações e limitações diárias, além de saber quais suas reais atribuições dentro da ESF e sua contribuição para a sua consolidação.

A reflexão sobre o próprio trabalho da equipe, estratégias e resultados contribuiu para e análise da realidade social, da resolubilidade das ações desenvolvidas, para a longitudinalidade, humanização e a coordenação do cuidado integral às famílias. A Educação Permanente oferece elemento para esta prática e deve ser mais bem empregada na educação em saúde, como forma de aprendizagem, valorização e transformação do cotidiano.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. A. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde: relevância para o bom resultado da estratégia da saúde da família.** 2012. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa Santa, Minas Gerais, 2012. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3808.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2015.

BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1 p. 56-63, mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. de 2015.

BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.19, n.1, p.78-84, mar. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 27 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf. Acesso em 20 de maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília. Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde) Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso e 26 de out. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1509-1520, jun., 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de out. de 2015.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, Agosto, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2015.

FREIRE, P. Educação e Mudança. 12ª Edição. **Paz e Terra**. Rio de Janeiro, 1979.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; **Cidades@**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=310740&search=||infogr%E1ficos:-hist%F3rico>. Acesso em: 27 abr. 2015.

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **RBSO**, v. 36, n. 123, p. 93-102, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a09v36n123.pdf>. Acesso em: 19 out. 2015.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, Jan. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2015.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n.3, p. 557-561, Set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2015.

TESSER, C. D. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, Nov. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2015.