

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JANINA MARA DE FREITAS AVELAR

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

LAGOA SANTA / MG

2014

JANINA MARA DE FREITAS AVELAR

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

LAGOA SANTA / MG

2014

JANINA MARA DE FREITAS AVELAR

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – Orientador

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez – Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 12/04/2014

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde constitui ferramenta importante para o aprimoramento do trabalho desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS). O acesso às atividades educativas deve ser garantido a todos os profissionais que atuem nesse espaço. Este trabalho foi elaborado com o objetivo de destacar a importância da Educação Permanente em Saúde no cotidiano do Agente Comunitário de Saúde (ACS). A análise situacional realizada durante as atividades do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF) apontou a falta de conhecimento/informação como causa de diversos problemas presentes na Unidade Básica de Saúde. Dentre os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde, a figura do ACS ganha destaque, pois ele representa um elo entre equipe de saúde e comunidade. Sendo assim, optou-se por elaborar um Programa de Educação Permanente em Saúde direcionado ao ACS, que foi desenvolvido através do Planejamento Estratégico Situacional (PES), estudado no módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do CEABSF. Propõe-se a realização de oficinas para abordagem de assuntos que permitam compreensão dos diversos aspectos do processo de adoecimento e a discussão acerca do processo de trabalho na UBS. Para embasamento teórico, foi realizada pesquisa em bases de dados como Scientific Electronic Library Online (ScieLo) e LILACS, utilizando os descritores “Agente Comunitário de Saúde”, “Estratégia de Saúde da Família” e “Educação Permanente em Saúde”, sendo selecionados artigos publicados entre 2000 e 2013. Publicações do Ministério da Saúde e material disponível na biblioteca virtual do CEABSF foram também utilizados. O Projeto de Educação Permanente em Saúde destinado ao ACS revela-se estratégia capaz de aumentar os conhecimentos técnicos sobre o processo saúde-doença e sobre o caráter dinâmico da construção do conhecimento, além de conscientizar os agentes comunitários acerca da importância do seu trabalho.

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

ABSTRACT

The Permanent Education in Health is an important strategy to the refinement of the work developed at the Primary Healthcare Centers (PHC). The access to the educative activities needs to be warranted for all workers acting in this place. The purpose of this study was to enlighten the importance of the Permanent Education in Health at the daily work of the Community Healthcare Agent (CHA). The situational analysis, produced during the activities of the Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF), showed the lack of knowledge/information as the cause of many problems existing in the PHC. Among the different actors involved in the working process in healthcare, the CHAs deserve to be stood out because they represent a connection between the healthcare workers and the community. In this case, it was decided to create a Permanent Education in Health Program dedicated to the CHA, which was developed according to the Situational Strategic Planning, studied during the module of Planning and Evaluation of the Actions in Health of CEABSF. Workshops were proposed to assess issues that would allow the comprehension of different aspects of the sickening process and the discussion about the work process in the PHC. For theoretical foundation a research was done in data bases such as Scientific Eletronic Library Online (ScieLo) and LILACS using the descriptors: "Community Healthcare Agent", "Family Health Strategy" and "Permanent Education in Health" for articles published between 2000 and 2013. Publications from the Ministry of Health and other materials available in the virtual library of CEABSF were also analyzed. The Program of Permanent Education in Health for the CHA has shown to be a strategy able to increase the technical knowledge about the health-disease process and about the dynamism of the construction of knowledge and furthermore, making CHAs aware of the importance of their job.

Keywords: Community Health Agent, Family Health Strategy, Permanent Education in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

ESF – Equipe de Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NESCON – Núcleo Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG

PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PNACS – Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados na USF Novo Santos Dumont, Lagoa Santa, MG, 2014	27
Quadro 2: Operações propostas para a solução dos “nós” críticos	30
Quadro 3: Plano operativo proposto para a USF Novo Santos Dumont.....	32
Quadro 4: Acompanhamento da execução das operações - Gestão do Plano.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
4 MÉTODOS.....	17
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
5.1 Atenção Primária à Saúde e Agente Comunitário de saúde.....	18
5.2 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....	19
5.3 Educação Permanente em Saúde.....	22
5.4 O Agente Comunitário de Saúde e a Educação Permanente em Saúde....	24
6 PLANO DE AÇÃO.....	27
6.1 Definição dos problemas.....	27
6.2 Priorização de problemas.....	27
6.3 Descrição e explicação do problema.....	28
6.4 Seleção dos nós críticos.....	29
6.5 Desenho das operações.....	30
6.6 Identificação dos recursos críticos.....	31
6.7 Análise de viabilidade do plano.....	31
6.8 Desenho das operações.....	32
6.9 Gestão do plano.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida através de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando o dinamismo existente no território. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica considera o indivíduo em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas capacidades de viver de maneira saudável (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica tem como fundamentos:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento programação;
- VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006, p.11).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como principal estratégia para sua orientação de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a instituição de equipes multiprofissionais em unidade básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis por um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. A atuação das equipes envolve ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, principalmente no contexto do SUS, devem ser ultrapassados pelas equipes de saúde da família, devido à responsabilidade pelo acompanhamento das famílias. (BRASIL, 2014).

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2014).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (BRASIL, 2014).

No cotidiano da Unidade Básica de Saúde Novo Santos Dumont, em Lagoa Santa, Minas Gerais, a desorganização do processo de trabalho dificulta a realização de atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. O que se observa é que o atendimento à demanda espontânea ocupa a maior parte da agenda dos profissionais, não há adesão da população aos grupos operativos e demais atividades educativas. Falta de informação/educação sobre saúde foram

identificadas na gênese dos diversos problemas relatados. Nesse contexto, as práticas de educação permanente em saúde assumem grande importância.

A Educação Permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009c, p. 20).

O processo de trabalho em saúde é composto por diversos objetivos, finalidades, agentes e sujeitos. No contexto da UBS, tem particularidades que o tornam ainda mais complexo. Há a definição do território, para além do significado geográfico, e a figura do ACS, que reforça o caráter comunitário.

A cidade de Lagoa Santa possui 17 unidades de atenção primária à saúde, onde atuam as Equipes de Saúde da Família. Oito dessas equipes contam também com assistência à saúde bucal. Dentre os serviços de apoio à atenção básica, pode-se destacar a existência de NASF, CAPS, Laboratório e Farmácia Municipal. Há na cidade quatro policlínicas onde atuam médicos de diversas especialidades, um hospital público onde está também situada a unidade de pronto atendimento.

A USF Novo Santos Dumont presta atendimentos para moradores dos bairros: Novo Santos Dumont, Ipanema, Recanto da Lagoa e São Geraldo. A população adscrita é de 3.177 pessoas, que residem em 6 microáreas. A análise do processo de trabalho na USF em questão resultou na identificação da falta de informação/educação para a saúde como fator comum na gênese de diversos problemas da UBS. Na unidade de saúde – devido à falta de informação/educação – impera o modelo de atendimento centrado na doença. Nessa lógica, é de se esperar que o foco seja o trabalho do médico e da enfermagem. É o mesmo modelo que faz com que os pacientes busquem a unidade para a cura das doenças e não se envolvam em atividades de prevenção e promoção ou educação para a saúde. É ainda o modelo centrado na doença que não permite o enquadramento do ACS, recepcionista, equipe de apoio, com sua devida importância, no sistema.

Os profissionais de saúde precisam, principalmente, superar o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais e, investir nesse novo modelo de atenção, focalizado na promoção à saúde, levando em conta todas as dimensões do ser humano, ou seja, a biológica, psicológica, social, cultural e histórica, considerando a diversidade cultural do nosso país, melhorando a qualidade da assistência à saúde dos indivíduos, respeitando as suas singularidades e particularidades (BACKESL *et al.*, 2009, p.116).

Backesl *et al.* (2009) consideram que os profissionais de saúde precisam conhecer a realidade em que atuam, levando em conta as interações sociais, políticas e culturais dos espaços dentro e fora dos domicílios e dos núcleos familiares, bem como das unidades de saúde. O ACS representa a comunidade dentro da UBS, é capaz de compreender a realidade da população, seus anseios e comunicar-se com ela de forma clara. Ao mesmo tempo, o profissional relaciona-se diretamente com todos os funcionários da equipe de saúde da família e é peça fundamental no processo de trabalho desenvolvido na UBS. A percepção do ACS como um profissional com grande potencial e ainda pouco utilizado, favorece sua escolha como agente/sujeito de um Programa de Educação Permanente.

Espera-se que as atividades educativas desenvolvidas junto a esse profissional favoreçam a compreensão do processo de adoecimento por parte de população e equipe. Outro objetivo do trabalho proposto é que o profissional torne-se consciente da sua importância, sinta-se valorizado e mais preparado para enfrentar os desafios e dificuldades cotidianos.

O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho (BRASIL, 2014).

Acredita-se que os Programas de Educação Permanente tenham potencial para favorecer a reorganização do processo de trabalho e a consolidação do modelo assistencial proposto quando da implantação do Programa de Saúde da Família.

2 JUSTIFICATIVA

O Agente Comunitário de Saúde representa a comunidade dentro da UBS e sua posição favorece a aproximação dos conhecimentos populares e técnicos. Esse profissional é peça fundamental no envolvimento da população nas ações de saúde, portanto é essencial que esteja bem capacitado.

Os agentes comunitários conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção (FEURWERKER; ALMEIDA, 2000, p. 23).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2006), são atribuições do 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/controlar da malária e da dengue.

A partir da análise realizada na UBS, por ocasião das atividades do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, pode-se destacar algumas questões relacionadas ao ACS. Observou-se que esse profissional passa tempo considerável do dia dentro da UBS em relativa ociosidade, sentindo-se desmotivado. Não se envolve em atividades educativas junto à população e não possui um espaço para que seja ouvido pela equipe do PSF. Embora haja na unidade inúmeros guias, cartilhas e manuais para orientação do ACS, esse material permanece arquivado em armários ou subutilizado. Na prática cotidiana, nota-se que o profissional tem atuado como um “mensageiro”, como alguém que entrega documentos referentes à marcação de consultas e exames, além de realizar o preenchimento das fichas que compõem o Sistema de Informação da Atenção Básica. As observações acima permitem concluir que as potencialidades do ACS

não foram exploradas em sua plenitude e a importância do seu trabalho não está clara. A elaboração de uma proposta de atividades de educação permanente em saúde destinadas ao ACS busca atuar na resolução dessas questões.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Realizar revisão bibliográfica sobre os temas Educação Permanente em Saúde e o Agente Comunitário de Saúde visando à elaboração de uma proposta para um Programa de Educação Permanente direcionado ao Agente Comunitário de Saúde da USF Novo Santos Dumont, em Lagoa Santa, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as principais dificuldades que o ACS enfrenta no cotidiano decorrentes da falta de capacitação;
- Adequar a agenda da equipe de saúde para que todos os profissionais possam, em algum momento, participar da construção do Programa;
- Promover atividades educativas direcionadas ao ACS;
- Elaborar um cronograma para organização das atividades educativas propostas e material de apoio para registro do resultado dos trabalhos;
- Criar instrumentos que possibilitem a avaliação constante dos resultados obtidos com as atividades e da necessidade de adequação dessas atividades.

4 MÉTODOS

Para a construção do Programa de Educação Permanente em Saúde direcionado ao ACS, foi realizada a revisão de literatura disponível em Scientific Electronic Library Online (ScieLo) e LILACS a partir dos descritores: “Agente comunitário de saúde”, “Estratégia Saúde da Família” e “Educação Permanente em Saúde”, sendo selecionados artigos publicados entre 2000 e 2013. Publicações do Ministério da Saúde, tais como o “Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde”, de 2009 e o texto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de 2009, também foram utilizados. Contribuíram para o enriquecimento do trabalho desenvolvido, alguns dos textos apresentados durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG.

O método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus e estudado no módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do CEABSF, foi utilizado para a elaboração de um plano de ação, que resultou no Programa de Educação Permanente em Saúde direcionado para o ACS. O modelo consiste em identificar e priorizar os problemas a serem enfrentados através de um processo participativo que engloba a visão de diversos setores sociais e elabora soluções para o seu enfrentamento através de soluções e estratégias viáveis para alcançar os objetivos propostos, procurando avaliar sempre os resultados de sua implantação.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 A Atenção Primária à Saúde e o Agente Comunitário de Saúde

Entre setembro de 1987 e agosto de 1988, o governo do estado do Ceará contratou 6.113 pessoas de áreas carentes, sendo 95% mulheres, em 118 municípios do sertão cearense com a finalidade de realizar atividades de promoção à saúde frente às ocorrências de períodos de seca que assolavam a região. Entre as ações básicas de saúde a serem desenvolvidas estavam: terapia de reidratação oral, vacinação e orientações para o estímulo ao aleitamento materno. Com o término do período mais crítico de estiagem, o programa foi expandido com o objetivo geral de melhorar a capacidade da comunidade em cuidar da própria saúde, tendo como objetivos específicos, diminuir o número de mortes, em mães e crianças, relacionado ao parto; aumentar o número de mães que amamentassem os filhos exclusivamente até os quatro meses de vida e reduzir os óbitos causados pela desidratação decorrente de diarreia. Assim, entre setembro de 1988 e julho de 1989, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará foi implantado em 45 municípios do interior e, diante dos resultados positivos do programa e das melhorias dos indicadores de saúde, em 1991 o programa foi ampliado pelo Ministério da Saúde para Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde _ PNACS (SILVA e DALMASO, 2002a *apud* SAKATA, 2009, p.17).

O PNACS teve sua atuação inicial na região nordeste do país com ações de educação em saúde, mobilização da comunidade e atenção ao grupo materno infantil. Na região norte, a implantação foi de caráter emergencial para combater a epidemia de cólera. (SILVA e DALMASO, 2002a *apud* SAKATA, 2009, p.18).

O objetivo geral era o mesmo do PACS, porém somando-se transmitir informações e conhecimentos à população e proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Os objetivos específicos abordavam capacitar os agentes de saúde para realizarem ações do primeiro nível de atenção à saúde, garantir um trabalho integrado entre a equipe de saúde da unidade e o agente, fortalecer o contato entre os serviços de saúde e a comunidade, ampliar o acesso à informação de saúde pela comunidade e cooperar com a organização comunitária para lidar com os problemas de saúde. Apesar de se esperar que o PNACS estivesse presente nas periferias das grandes capitais e áreas mais carentes, este

tinha também o propósito de colaborar com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS – segundo os princípios de integralidade, regionalização, acesso universal, equidade, participação e controle social. Em relação ao processo de seleção dos agentes, os critérios eram baseados na experiência do Ceará e incluíam: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, concluir o primeiro grau escolar, morar há mais de dois anos na comunidade e dispor de oito horas por dia para o trabalho (SILVA e DALMASO, 2002a *apud* SAKATA, 2009, p.18).

A partir de influências internacionais dos modelos cubano e inglês, e de influências nacionais, como o PACS, em 1994, como uma proposta de implementação da Atenção Primária à Saúde – APS – o PSF foi oficializado como política nacional com o intuito de reorganizar a assistência à saúde no país, que ainda se constituía muito voltada para o modelo médico-hegemônico, calcada na doença e na fragmentação do cuidado (MENDES, 2002 *apud* SAKATA, 2009, p.19).

De acordo com a Portaria N^o 2.488, de 21 de outubro de 2001, do Ministério da Saúde, dentre os itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família estão:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe; (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de direcionar o foco ao ACS, a seguir serão abordados aspectos históricos, sociais e relativos ao processo de trabalho que buscam caracterizar esse profissional.

5.2 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Desde a institucionalização inicial do ACS, a partir de um projeto emergencial de calamidade no Ceará nos anos 80, até os dias atuais, o seu número

no Brasil chegou a 170 mil, dos quais 115 mil trabalham na área urbana e 57 mil na área rural, sendo a profissão reconhecida oficialmente pela Lei 10.507. (BRASIL, 2002 *apud* SANTOS, 2004).

De acordo com o documento legal, o ACS é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema (SANTOS, 2004).

A profissão tem alguns condicionantes restritivos censitários – residência no local onde irá atuar – e de formação – conclusão de curso de qualificação básica. O seu perfil profissional, antes intensivo em ações voltadas para o foco materno-infantil, atualmente envolve competências para atuação no apoio às famílias e coletivos sociais, além de concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais para intervenção no campo político e social numa micro-área de ação (SANTOS, 2004).

Segundo o texto dos Cadernos de Atenção Básica, do Ministério da Saúde:

Ser agente comunitário de saúde é, sobretudo, lutar e aglomerar forças em sua comunidade na defesa dos serviços públicos de saúde e educação, e da melhoria dos determinantes sociais de saúde. É ser agente de mudanças e de incentivo à participação comunitária (Brasil, 2000, p. 44).

Sobre o trabalho do ACS, Silva e Dalmaso (2002) afirmam que se consegue identificar dois componentes ou dimensões principais da sua proposta de atuação: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições. Este componente político expressa, na dependência da proposta considerada, duas expectativas diversas ou complementares: o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao auto-cuidado – dimensão mais

ético-comunitária - e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social. Um outro aspecto bastante encontrado na prática, mas não relacionado nas atribuições dos agentes de nenhuma das propostas, é a dimensão de assistência social. Assim, o agente aparece, nos diferentes programas oficiais, como um personagem fruto de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando resolver questões, como o acesso aos serviços, no que lhe corresponde de racionalidade técnica, mas também integrando as dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, o desafio de juntar o pólo técnico ao pólo político das propostas.

Este é o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana. Determinados programas acabam dando mais espaço para um ou para o outro pólo; nenhum dos programas de saúde da família fez a síntese. No dia a dia, os agentes são colocados diante de contradições sociais, o que é “muito pesado” e, por isso, eles fazem determinadas opções, segundo as exigências, as recompensas e as suas referências (NOGUEIRA E RAMOS, 2000 *apud* SILVA E DALMASO, 2002).

Ser Agente Comunitário de Saúde é, antes de tudo, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes; precisa gostar do trabalho. Gostar principalmente de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança ou de ser burro. Nós vivemos conforme o ambiente. É preciso ver que saúde não é só coisa de doutor e que favelado tem que cuidar de saúde, sim. É obrigação dos Agentes Comunitários de Saúde lutar e aglomerar forças em sua comunidade, município, Estado e país, em defesa dos serviços públicos de saúde, pensar na recuperação e democratização desses serviços, entendendo que é o serviço público que atende à população pobre e é preciso torná-lo de boa qualidade. Precisamos lutar também por outros fatores que são determinantes para a saúde, como: trabalho, salário justo, moradia, saneamento básico, terra para trabalhar e participação nas esferas de decisão dos serviços públicos (BRASIL, 2009b, p. 35).

No trabalho do agente, no realizar ações e interações, há uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu nem um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania (SILVA E DALMASO, 2002).

5.3 Educação Permanente em Saúde

A incorporação da Educação Permanente na cultura institucional, como 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 autoavaliação, 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; GRILLO; SOARES, 2009).

O texto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009) revela que as atividades de capacitação são estratégias frequentes para o desenvolvimento da aprendizagem nos serviços de saúde. Essas ações intencionais e planejadas visam fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas conforme demanda observada nas organizações. Atividades de capacitação desenvolvem-se sob a influência de condições políticas, culturais e institucionais que podem limitar suas possibilidades. Observa-se tendência à simplificação dos problemas abordados, à crença no imediatismo e à atuação em programas com início e fim, ignorando a importância da sustentabilidade e do caráter permanente, inerentes às ações de educação em saúde.

Faz-se necessária a discussão acerca da efetividade das atividades de capacitação e suas possíveis estratégias de melhora. Nesse contexto, é importante destacar o fato de que elas desenvolvem-se segundo um modelo educacional tradicional, caracterizado por uma educação autoritária, em que profissionais que estabelecem relações profissional-usuário-comunidade autoritárias e diretivas. Na concepção pedagógica tradicional por transmissão:

O processo educativo está centrado em alguém que sabe e ensina a alguém que não sabe. A lógica é a de transmissão de conhecimentos. Aquele que supostamente sabe mais assume funções como aconselhar, corrigir e vigiar quem deve aprender o conteúdo. O risco é o profissional se considerar a autoridade máxima e, portanto, o único responsável pelo processo educativo; há uma ênfase na repetição e, geralmente, não há preocupação com a realidade social nem com as crenças e valores daquele que “deve” aprender. A expectativa é de que o outro mude seu comportamento em função do que lhe foi ensinado (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 28).

Segundo Ribeiro, Rauen e Prado (2007), com as mudanças impostas pelo mundo contemporâneo, constata-se que a pedagogia tradicional tem sido insuficiente para o enfrentamento da realidade no campo da educação em saúde. Nesse contexto, tem-se a busca pela melhoria do ensino, através de uma pedagogia que amplie o conhecimento para além de aspectos técnico-instrucionais, que contemple o contexto socioeconômico, político e cultural.

Muito referida no Brasil, a metodologia problematizadora tem sido postulada como uma possibilidade de aplicação de posturas educacionais críticas. Na problematização, parte-se da análise da realidade observada e vivida e os diferentes aspectos que a envolvem. Em um segundo momento, busca-se identificar os pontos-chave, o que é realmente importante. A partir deles, procura-se identificar o porquê, ou seja, a justificativa teórica do que foi observado – fase de teorização – e formula(m)-se hipótese(s) de solução para o(s) problema(s), atentando-se para os condicionantes e limites impostos pela realidade. Na última fase, volta-se à realidade para aplicação prática das soluções propostas, análise dos resultados e da possibilidade de aplicação em situações similares. Esses passos seguem o método do arco, proposto por Charles Manguerez (BORDENAVE, 1994 *apud* VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

O trabalho em equipe é uma característica importante nessa pedagogia, pois como a realidade é dinâmica, a relevância atribuída a “um problema” depende da experiência de vida de cada observador, enriquecendo a discussão do assunto e favorecendo o diálogo e a reflexão. O aluno é protagonista, sendo co-responsável pela sua trajetória, trajetória esta que está condicionada a sua ativa participação (BERBEL, 1999 *apud* RIBEIRO; RAUEN; PRADO, 2007, p. 218).

A partir do que foi exposto acima, pode-se identificar a similaridade com a Educação Permanente em Saúde, que busca uma mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços:

- [...] - incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;

- colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias (BRASIL, 2009c, p. 44).

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. A situação prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todas as variantes de atores que formam o grupo (BRASIL, 2009c).

Compreende-se a educação permanente como o primeiro passo para 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 geradoras de condições que colaborem para o trabalho em equipe entre professoras, alunos, profissionais, gestores e comunidade, com vistas ao bem-estar individual e coletivo, são indispensáveis no contexto atual (AMESTOY *et al.*, 2010).

5.4 O Agente Comunitário de Saúde e a Educação Permanente em Saúde

No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido um personagem muito importante realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade (BRASIL, 2009a).

Propostas de formação do ACS, regulamentação da sua prática profissional e vinculação institucional desses trabalhadores também tem sido objeto de preocupação. Na prática, o trabalho do ACS mantém-se como “ponte” entre os

serviços de saúde e comunidade, porém, o que se pretendia era que o ACS fosse um facilitador do diálogo entre o conhecimento de caráter popular e o conhecimento científico. Na realidade, o que se constata é cooptação do primeiro pelo segundo. (MOROSINI *et al.*, 2007 *apud* PINTO; FRACOLLI, 2010).

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 a realização do diagnóstico local para controle do perfil de morbimortalidade. 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 corresponsável nas ações e no controle da qualidade da assistência proposta (MARTINEZ, 2007).

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 *et al.*, 2010).

Outra questão a ser enfrentada refere-se ao processo de capacitação e educação do ACS; percebe-se que a transformação destes em sujeitos proativos deveria ser objetivo central dos programas de capacitação. Os ACS deveriam ser capacitados sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença, porém, na realidade, a proposta de capacitação pauta-se no modelo flexneriano, que enfoca os aspectos biológicos, numa visão fragmentada e reparadora do ser humano, não contemplando a participação comunitária para a transformação dos determinantes de saúde. O que se pode observar é que a maioria dos trabalhadores da ESF é

formada nessa ótica e estes profissionais estão capacitando os ACS. Para um melhor desenvolvimento das habilidades e potencialidades dos ACS, é preciso priorizar as necessidades destes e da comunidade, através da construção de um projeto de educação para ensinar a ensinar, ou seja, uma prática educativa problematizadora (DUARTE *et al.*, 2007 *apud* PINTO; FRACOLLI, 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 *et al.*, 2010).

A consolidação do SUS requer a renovação permanente de iniciativas que visem a resgatar, assegurar e implementar os seus princípios a partir de práticas pedagógicas que permitam a reflexão crítica dos sujeitos envolvidos e o empoderamento — ampliação das possibilidades de controle, por um sujeito ou uma população, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência — para promover a libertação dos indivíduos e coletividades. Neste sentido, o processo de capacitação dos profissionais de saúde, em especial do ACS, deve se basear na lógica do modelo da produção social da saúde, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, com o objetivo, por um lado, de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, e por outro, de promover a articulação do saber científico com o saber popular, a partir da educação crítico-reflexiva e da metodologia problematizadora (BESEN *et al.*, 2007; NORONHA *et al.*, 2009 *apud* GOMES *et al.*, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

Para realização do plano de ação foi utilizado como referencial teórico o material do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, do NESCON/UFMG.

6.1 Definição dos problemas

A realização do diagnóstico situacional durante as atividades do CEABSF apontou diversos problemas na USF Novo Santos Dumont, em Lagoa Santa. Dentre eles, destacam-se os seguintes:

- ACS desmotivado, em relativa ociosidade, que não se envolve em atividades educativas junto à população e não participa ativamente das discussões junto à equipe da USF.
- Impera na USF o modelo biomédico de assistência, centrado na doença, que faz com que o trabalho na USF seja focado nas consultas médicas e de enfermagem.
- Não são realizadas atividades de promoção à saúde junto à população.
- Falta uma agenda bem estruturada para todos os profissionais da USF.

6.2 Priorização de problemas

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados na USF Novo Santos Dumont, Lagoa Santa, MG, 2014

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
ACS com potencial subutilizado	Alta	7	Parcial	1
Falta de agenda para os profissionais	Alta	5	Parcial	2
Ausência de atividades de promoção à saúde	Alta	5	Parcial	3
Modelo assistencial centrado na doença	Alta	4	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.3 Descrição e explicação do problema

Com o objetivo de caracterizar o problema da subutilização do potencial dos ACS, para que fique clara sua dimensão e a maneira como ele apresenta-se, realiza-se a seguir a descrição da rotina de trabalho desses profissionais na USF.

As seis ACS que compõem a equipe da USF Novo Santos Dumont chegam à unidade às sete horas da manhã. Entre sete horas e oito e meia, permanecem na cozinha ou pelos corredores da unidade, enquanto aguardam a chegada de malote contendo documentos que serão entregues nas visitas domiciliares. Nesse horário, a USF encontra-se repleta de pacientes para acolhimento; equipe de enfermagem, médico e recepcionista estão sobrecarregados. Em relativa ociosidade, as ACS conversam, algumas vezes em tom de voz inadequado, comprometendo a qualidade do atendimento prestado pelos demais profissionais. A partir da chegada do malote de documentos, as funcionárias deixam a UBS para realizarem suas atividades em visitas domiciliares. Ao meio dia retornam ao posto para almoço e passam o restante da tarde dentro da unidade, realizando preenchimento de fichas, formulários, atualizando dados e organizando documentos. A jornada de trabalho é encerrada às 16 horas. Uma vez por semana, durante a tarde, a médica realiza visitas domiciliares e, a cada semana, uma ACS é encarregada de acompanhá-la.

As ACS não possuem agenda com um horário reservado à educação permanente em saúde e para atividades de promoção à saúde junto à população. Ainda com relação às atividades de educação, convém ressaltar que nenhuma das ACS da equipe participou de curso introdutório para desempenho de sua função. As informações referentes ao trabalho são repassadas por funcionárias mais experientes ou pela enfermeira, de maneira fragmentada e heterogênea. As ACS que se encontram na equipe há mais tempo, cerca de 5 a 7 anos, participaram de atividades de capacitação que ocorreram de forma pontual. Não há espaço destinado à reunião de equipe, onde elas possam expor as questões relativas ao seu cotidiano no trabalho.

Após a descrição e caracterização do problema, é importante elaborar uma explicação. Para Campos, Faria e Santos (2010), uma explicação situacional, como um processo de conhecimento, deve ser capaz de compreender o modo como um problema é produzido, identificando quais são as causas desse problema e qual a relação entre elas etc).

Por não haver na USF uma agenda para organização da rotina de trabalho das ACS, as funcionárias passam parte do tempo em relativa ociosidade, o que faz com que se sintam pouco úteis e desvalorizadas. A falta de um curso introdutório, que contemple aspectos como a definição das funções da ACS, também contribui para esse resultado. A falta de envolvimento com atividades de promoção à saúde junto à população, pode também ser atribuída à desmotivação das profissionais e desorganização de sua rotina de trabalho. A inexistência de um espaço de discussão e produção de conhecimento para essas profissionais limita o desenvolvimento de suas potencialidades.

6.4 Seleção dos nós críticos

Um “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, deve-se atacar suas causas. Por meio de uma análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os principais nós críticos identificados foram a falta de informação, esclarecimento e organização. É necessário que as ACS sejam esclarecidas quanto à importância do seu trabalho e quais atividades são de sua competência. A organização da rotina com espaço para que sejam ouvidas, produzam e compartilhem conhecimento é fundamental para que se sintam valorizadas e motivadas.

6.5 Desenho das Operações

Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 2: Operações propostas para a solução dos “nós” críticos

<i>Nó Crítico</i>	<i>Operação/projeto</i>	<i>Produto</i>	<i>Recursos críticos</i>	<i>Resultados</i>
A falta de conscientização do ACS acerca da importância de seu trabalho	Realizar palestras, reuniões em que o tema seja abordado	Fazer com que os profissionais tornem-se conscientes desses aspectos	Horário na agenda da equipe. Material didático. Artigos de papelaria e eletrônicos que permitam realização de dinâmicas	Profissional interessado, motivado, comprometido com as atividades da UBS
Falta de espaço para que o ACS apresente os resultados/dúvidas/demandas observados no seu trabalho no dia a dia	Abrir espaço na agenda para que a comunicação se realize. Usar murais, cadernos, recursos facilitadores	Equipe ciente das questões envolvidas no trabalho do ACS	Horário na agenda dos profissionais para abordagem desse tema. Artigos de papelaria para registro das informações	Profissionais cientes da situação da comunidade. Possibilidade de desenvolvimento de ações direcionadas conforme as necessidades percebidas
ACS ocioso em parte do dia, sentindo-se desvalorizado, pouco útil	Descobrir potencialidades, explorá-las	Melhor aproveitamento do trabalho do profissional	Organização de agenda. Dinâmicas para identificação do perfil dos profissionais. Artigos de papelaria.	Profissional valorizado. Redução da carga de trabalho excessiva sobre os outros profissionais. Favorecimento da organização do trabalho
Pouco conhecimento técnico da saúde, do SUS, do fluxo	Capacitação dos ACS, através de palestras, dinâmicas,	ACS capacitado para atender as demandas	Material didático, manuais do Ministério da Saúde direcionados a esse profissional. Artigos	População atendida com qualidade. Reconhecimento do ACS

dos encaminhamentos etc.	reuniões	da unidade. Profissional preparado para orientar a população, realizar atividades educativas e esclarecedoras	de papelaria e eletrônicos	na comunidade. Redução da carga excessiva de trabalho dos demais profissionais. Melhora da autoestima do ACS
--------------------------	----------	--	----------------------------	--

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.6 Identificação dos Recursos Críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A análise da tabela acima permite a identificação de recursos críticos, que necessitam ser viabilizados, tais como espaço na agenda dos profissionais e material de apoio (artigos de papelaria e eletrônicos).

6.7 Análise da Viabilidade do Plano

No que concerne à viabilidade do plano, há que se destacar a participação dos gestores na obtenção dos recursos materiais. Depende ainda da aprovação dos mesmos, a disponibilização de tempo na agenda dos profissionais para reuniões e atividades de capacitação. Espera-se que a disseminação da informação favoreça a organização do processo de trabalho. Quando o trabalho se realiza de forma organizada, imagina-se que seja mais fácil alcançar as expectativas dos profissionais e comunidade. Se o gestor considerar o maior nível de satisfação das pessoas e a melhoria da saúde alguns dos seus objetivos, certamente apoiará tais ações.

6.8 Elaboração do Plano Operativo

Quadro 3: Plano operativo proposto para a USF Novo Santos Dumont.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Conscientizar o ACS acerca da importância do seu trabalho e de suas atribuições	Profissional interessado, motivado, comprometido com as atividades da UBS	Apresentação e discussão do conteúdo da publicação "O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, do Ministério da Saúde – 2009 - em oficinas	Certificar-se de que todo ACS tenha em mãos a publicação em questão. Solicitar ao gestor que disponibilize computador/ artigos de papelaria para realização das atividades	Coordenador da capacitação	Um mês para estudo da publicação. Uma oficina a cada quinze dias para discussão do tema, totalizando duas oficinas
Criar espaço para que o ACS apresente os resultados/dúvidas/ demandas observados no seu trabalho no cotidiano	Profissionais da situação da comunidade. Possibilidade de desenvolvimento de ações direcionadas conforme as necessidades percebidas	Abrir espaço na agenda para que essa comunicação se realize. Usar murais, cadernos e outros recursos que facilitem a comunicação	Solicitar ao gestor que disponibilize artigos de papelaria para confecção de murais, caixas, arquivos e demais recursos facilitadores	Enfermeiro ou coordenador da USF	Um mês para adequação da agenda
Evitar que o ACS fique ocioso em parte do dia, sentindo-se desvalorizado, pouco útil	Profissional valorizado. Redução da carga de trabalho excessiva sobre os outros profissionais. Organização do trabalho	Dinâmicas para identificação do perfil dos profissionais e desenvolvimento de potencialidades. Realização de atividades de promoção à	Solicitar ao gestor que disponibilize computador /artigos de papelaria para realização das atividades	Enfermeiro ou coordenador da USF. Coordenador da capacitação	Um mês para organização da agenda. Atividades para desenvolvimento de potencialidades com periodicidade mensal

		saúde			
Aumentar os conhecimentos técnicos da saúde, do funcionamento do SUS, das ferramentas de trabalho, etc. Elaboração de cronograma para guiar atividades.	População atendida com qualidade. Reconhecimento do ACS na comunidade. Redução da carga excessiva de trabalho dos demais profissionais. Melhora da autoestima do ACS	Capacitação do ACS através de palestras, dinâmicas, reuniões. Estudo de publicações destinadas ao ACS e literatura extraída de bases de dados relacionadas à saúde	Apresentação do projeto ao gestor. Solicitar ao gestor que disponibilize computador /artigos de papelaria para realização das atividades	ACS. Coordenador da capacitação	Quinze dias para estudo do tema e elaboração da apresentação. A cada mês serão realizadas duas oficinas. Um mês para elaboração do cronograma

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.9 Gestão do Plano

Para Campos, Faria e Santos (2010) a gestão do plano constitui momento crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores.

Quadro 4: Acompanhamento da execução das operações - Gestão do Plano

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Adequação da agenda do ACS	Coordenadora da unidade. (Enfermeira)	01 mês	Realizado. O horário entre 7:00 e 8:30h é dedicado à leitura/estudo. Reuniões semanais de equipe. Reuniões quinzenais para atividades de capacitação. Grupo operativo coordenado pelas ACS na última quinta feira de cada mês		
Estudo da Publicação Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde	Coordenadora da USF (enfermeira) e ACS	01 mês	Realizado. Os assuntos contidos na publicação foram abordados em duas oficinas		
Envolvimento das ACS em atividades de promoção à saúde.	Coordenadora do projeto e ACS	Atividades mensais com a população, sob o comando das ACS	Em andamento. Realizada capacitação sobre saúde do idoso com as ACS. A capacitação resultou em grupo operativo envolvendo a população, comandado pelas ACS		
Elaboração de cronograma para estudo dos temas que serão utilizados para embasamento teórico dos grupos operativos.	Coordenadora do Projeto (médica) e ACS	01 mês	Não concluído.	As ACS acreditam ser necessário identificar junto à população quais são os temas de relevância para abordagem nos grupos operativos. Após esse reconhecimento, será estruturado o cronograma.	01 mês

Fonte: Autoria Própria (2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de ação elaborada mostra-se uma alternativa acessível para a implantação de um Programa de Educação Permanente destinado aos ACS na UBS. As atividades podem ser realizadas no espaço da unidade de saúde, com os recursos disponíveis, dentro do horário de trabalho. O coordenador do grupo pode ser médico, enfermeiro, dentista, ou outro profissional que domine os temas a serem abordados. Os assuntos sugeridos são simples, porém de extrema importância na prática cotidiana dos ACS.

Com base na revisão bibliográfica e no Projeto de Intervenção desenvolvido, pode-se concluir:

- O Programa de Educação Permanente em Saúde destinado ao ACS promove o aprimoramento dos conhecimentos técnicos e científicos;
- O Programa de Educação Permanente em Saúde destinado ao ACS pode contribuir para que esses profissionais sintam-se mais valorizados e mais seguros de sua importância enquanto trabalhadores da saúde;
- O Projeto de Intervenção elaborado favorece a organização das atividades realizadas na UBS, na medida em que abre espaço para a discussão do processo de trabalho;
- Faz-se necessária a avaliação frequente das ações desenvolvidas e dos resultados obtidos e esperados;
- É preciso aumentar os investimentos para que ações de prevenção e promoção à saúde possam ser desenvolvidas em caráter permanente.

Deve existir um constante movimento no sentido de garantir ao ACS o acesso a Educação Permanente. O planejamento das ações precisa considerar os conhecimentos e experiências dos trabalhadores, para que haja sintonia com os problemas enfrentados na realidade. As atividades educacionais apresentam-se como importante ferramenta para a superação do modelo biomédico e para o fortalecimento do modelo de atenção focalizado na promoção à saúde. Espera-se que assim o ACS possa desenvolver seu trabalho plenamente, de maneira que a

transformação produzida possa refletir na comunidade, ampliando sua autonomia nas discussões e decisões que afetem suas vidas.

REFERÊNCIAS

- 1) AMESTOY, S. C. *et al.* **Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 2010.
- 2) BACKESL, M. T. S *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar 2009.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília-DF, 2009a.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília-DF, 2009b.
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília –DF, 2009c.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção básica à Saúde.** Brasília-DF, 2006.
- 7) .BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.**, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 21/12/2013
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002.** Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>. Acesso em 26/01/2014.
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, Caderno 01 - Programa Saúde da Família. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília-DF, 2000.
- 10) BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudedafamilia>>. Acesso em: 11 jan. 2014.
- 11) CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010.
- 12) FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, Abr.2009. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102 Acesso em 26 Jan. 2014
- 13) FEUERWEKER, L. C. M.; ALMEIDA, M. J. O Programa de Saúde da Família e o direito à Saúde. **Olho Mágico**, v.6, n.22, p.22-5, 2000.
- 14) GOMES, K. O. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas . **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.
- 15) GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M.; VASCONCELOS, M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde:** Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e

comunidade: Nescon/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

- 16) MARTINEZ, 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.14, N.3. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342007000300012&script=sci_arttext Acesso em 26/12/2013.
- 17) PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A.; O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção à saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (Internet). out/dez 2010; 12(4):766-9, disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i14.7270>. Acesso em 21/11/2013.
- 18) RIBEIRO, D. M.; RAUEN, M. S.; PRADO, M. L. Uso da metodologia problematizadora no ensino em odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, maio/ago. 2007. Disponível em: http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_odontologia/pdf/5_maio_agosto_2007/uso_da_metodologia_problematizadora.pdf. Acesso em 18/12/2013.
- 19) SANTOS, M. S. Agente Comunitário de Saúde: perfil social x perfil profissional. **Revista APS** v.7, n.2, p.125, jul./dez. 2004, disponível em: www.ufjf.br/nates/files/2009/12/TribunaACS.pdf. Acesso em 26/01/2014.
- 20) SAKATA, K.; N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família**. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2009. Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/.../KarenNamieSakata.pdf. Acesso em 26/01/2014.
- 21) SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. V.6, N. 1010, fev. 2002. Disponível em <http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/debates1.pdf>. Acesso em 26/01/2014.
- 22) VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**. Tecnologias para abordagem do indivíduo, família e comunidade. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Ed. UFMG. 2009. 73 p.