



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

HELENA PEREIRA RODRIGUES DA SILVA

**EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA EM CURSO TÉCNICO PARA AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:
EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO DE SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS NO
TRABALHO EM SAÚDE**

Porto Alegre

2019

HELENA PEREIRA RODRIGUES DA SILVA

**EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA EM CURSO TÉCNICO PARA AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:
EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO DE SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS NO
TRABALHO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Co-orientadora: Profa. Dra. Daniele Noal Gai

Linha de pesquisa: Processos de Ensino na Saúde

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Helena Pereira Rodrigues da
Educação problematizadora em curso técnico para
Agentes Comunitários de Saúde: experiência de produção
de significados e sentimentos no trabalho em saúde /
Helena Pereira Rodrigues da Silva. -- 2019.
78 f.
Orientador: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi.

Coorientador: Daniele Noal Gai.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Ensino na Saúde. I. Toassi, Ramona Fernanda
Ceriotti, orient. II. Gai, Daniele Noal, coorient.
III. Título.

AGRADECIMENTOS

À Deus e ao mundo espiritual por sempre estarem me dando suporte e força para seguir em frente.

Ao meu marido Gabrielito, por ser meu grande incentivador, por acreditar sempre no meu potencial e por ser o alicerce da nossa família.

À minha filha Manuela, que me ensina a ser, todos os dias, uma pessoa melhor.

À minha mãe e minha irmã pelo apoio durante o mestrado e por entenderem os momentos de ausência.

À professora e orientadora Ramona, por todo o apoio e compreensão, por ter sido tão disponível e paciente durante meu processo de aprendizado e, principalmente, por ser um exemplo de educadora.

À Juliana Maciel Lamers pela ajuda preciosa na finalização do trabalho.

Aos meus colegas de mestrado, por todo o companheirismo e sessões de terapia em grupo, onde todos se apoiavam e se incentivavam.

Às colegas e amigas Rê, Carol, Fê, Mi, por não me deixarem desistir do mestrado e por serem sempre um ombro amigo.

À Fernanda Ewerling, pelo auxílio com as traduções e pela amizade construída em torno de artigos e congressos. Agradecimento extensivo ao Nick, pela ajuda com o inglês.

À Amanda, Gabriel e Antônio pela amizade, pelo compartilhamento de angústias, pelo apoio e por estarem sempre prontos a me ajudar com o que quer que seja.

À Elis e ao Ariel, pelo companheirismo e por terem me dado tanto suporte no meu local de trabalho quando precisei.

Aos meus compadres Fabiane e Guilherme pelo apoio e amizade e por estarem prontos para ajudar a qualquer hora.

À gestão da FSNH por todo o apoio institucional durante o primeiro ano do mestrado.

Aos ACS de Novo Hamburgo que confiaram em mim e estiveram muito entusiasmados durante coleta de dados da pesquisa.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para este trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A profissão ‘Agente Comunitário de Saúde’ (ACS) é recente no contexto das profissões em saúde. O ACS integra a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo a atribuição de realizar a aproximação com a comunidade. Seu trabalho é complexo e abrange além da área da saúde, conhecimentos de áreas como ciências humanas, políticas e sociais. A formação técnica desse profissional foi proposta pelos Ministérios da Educação e da Saúde por meio do referencial teórico de curso técnico lançado em 2014. O curso foi organizado em três etapas com diferentes cargas horária e temáticas. As temáticas estavam relacionadas com os âmbitos de atuação do ACS (1ª etapa com financiamento federal e 2ª e 3ª etapas necessitavam da contrapartida estadual e municipal) e poucos foram os municípios que finalizaram a totalidade do curso. Novo Hamburgo, cidade da região metropolitana de Porto Alegre, teve uma turma de ACS formados pelo curso técnico (três etapas), em 2017, por meio de uma parceria com instituições de ensino. **OBJETIVO:** Analisar os significados do processo de educação no curso técnico para ACS em Novo Hamburgo, na perspectiva dos educandos e gestores da saúde e do curso. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo de abordagem qualitativa (estudo de caso), realizado com ACS e gestores da saúde e gestores pedagógicos do curso. O estudo aconteceu no município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Foram convidados a participar da pesquisa todos os 45 ACS que finalizaram o curso técnico e os gestores envolvidos com o curso. O método de amostragem utilizado foi o da saturação (n=17). A produção das informações ocorreu por meio da realização de entrevistas individuais, semiestruturadas, as quais foram gravadas por equipamento digital e posteriormente transcritas, além da observação dos portfólios dos alunos e do material didático do curso. O material textual foi interpretado pela análise de conteúdo de Bardin com o apoio do *software Visual Qualitative Data Analysis (ATLAS.ti)*. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. **PRINCIPAIS RESULTADOS:** Os resultados mostraram que as aprendizagens no curso foram além do conhecimento adquirido nas capacitações que os ACS estavam habituados a participar, constituindo-se em uma experiência de educação permanente. A proposta de educação problematizadora valorizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem-avaliação mostrou-se essencial para produzir um aprendizado significativo e conectado com as vivências profissionais dos ACS. Foi uma formação que agregou conhecimentos e informações que facilitaram a abordagem e orientação do ACS às famílias, melhoraram sua habilidade de comunicação e interpessoais, ampliaram o conceito de saúde incluindo os determinantes sociais do processo saúde-doença, preparando-os para lidar com problemas complexos, o que trouxe segurança, confiança e tranquilidade ao processo de trabalho. O curso auxiliou, ainda, os ACS a entenderem suas atribuições e seu papel dentro da equipe, o que gerou um sentimento de pertencimento desse profissional à equipe. Desafios foram observados em relação aos docentes-facilitadores e supervisores no desenvolvimento das atividades do curso. **PRODUTO:** Foi desenvolvido material de caráter educativo-informativo – Boletim Informativo – com foco no ACS e nas estratégias para a educação permanente desse profissional. É direcionado tanto aos ACS e demais profissionais das equipes da ESF, quanto aos estudantes de graduação e de programas de Residência e docentes que estiverem em atividades de ensino nesses serviços e aos gestores da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência educativa em curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde baseado no referencial curricular proposto pelos Ministérios da Saúde e da Educação constituiu-se em uma experiência que marcou seus participantes, trazendo significados e sentimentos que expressaram a qualificação do trabalho em saúde. Os ACS reforçaram a necessidade de continuação das atividades de educação permanente. **PALAVRAS-CHAVE:** Agentes Comunitários de Saúde. Educação Permanente. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The profession of 'Community Health Worker' (CHW) is recent in the context of health professions in Brazil. The CHW is a part of the Family Health Strategy team, with the attribution of reaching out to the community. Their work is complex and goes beyond community health, requiring them to be also trained in diverse areas, such as social and political science. Thus, the Ministries of Education and Health proposed a certification program to train these professionals, which was launched in 2014. The course was organized in three stages with different schedules and thematic loads. The themes were related to the scope of action of the CHW (1st stage with federal funding and 2nd and 3rd steps required counterpart from states and cities) and few cities that completed the entire course. Novo Hamburgo, a city in the metropolitan region of Porto Alegre, had a group of CHW graduated from the technical course (three stages) in 2017, through a partnership with educational institutions. **OBJECTIVE:** To analyze the meanings of the education process in the technical course for CHW in Novo Hamburgo, from the perspective of the students, health managers and course's managers. **MAIN RESULTS:** The CHWs considered that the learning experience in the training program evaluated was better than the regular training that they were used to having, resulting in a permanent education experience. The program methodology adopts the proposal of problematizing education, valuing an active teaching-learning-evaluation. This methodology was essential for producing a meaningful learning experience, connected with professional experiences from the CHWs. The training improved the CHWs knowledge, facilitating their approach and orientation to families, improving their communication and interpersonal skills, broadening their concept of health, including social determinants of the health-disease process. The course also prepared them to deal with complex problems, which brought security, confidence and tranquility to their work process. Furthermore, the course also helped CHWs to understand their roles, both individually and within the Family Health Strategy team, generating a sense of belonging to the team. Challenges were observed in relation to faculty facilitators and supervisors in the development of course activities. **PRODUCT:** Material of educational and informative nature - Informative Report - was developed with a focus on CHW and strategies for their permanent education. It is directed to the CHW, other professionals of the ESF teams, undergraduate students, Residency programs' students, teachers who are in teaching activities in these services and health managers. **CONCLUSIONS:** The training experience for Community Health Workers based on the curricular framework proposed by the Ministries of Health and Education was a meaningful experience for participants, improving their perception of their own capabilities as health workers. The CHWs reinforced the need to continue the training program.

KEYWORDS: Community Health Workers. Permanent Education. Family Health Strategy. Primary Health Care. Unified Health System

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde / Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATLAS	Visual Qualitative Data Analysis
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTACS	Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSNH	Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IF-RS	Instituto Federal – Rio Grande do Sul
MS	Ministério da Saúde
MAEA	Metodologias ativas de ensino-aprendizagem
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PP	Projeto Pedagógico
PSF	Programa Saúde da Família
RIS-GHC	Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 INTENCIONALIDADES DO ESTUDO.....	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 O AGENTE COMUNITÁRIO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL.....	12
2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	14
2.3 A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	16
2.3.1 Experiência de Novo Hamburgo com a formação do ACS.....	19
2.3.1.1 <u>Metodologia de ensino-aprendizagem-avaliação do curso técnico de ACS.....</u>	20
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	22
4 RESULTADOS.....	25
5 DISCUSSÃO.....	46
6 PRODUTO.....	55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
ANEXO A – Parecer de aprovação CEP.....	67
ANEXO B – Autorização do NUMESC de Novo Hamburgo.....	72
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Agentes Comunitários de Saúde.....	74
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os gestores....	76
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde.....	78
APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com os gestores.....	79

1 INTRODUÇÃO

Este estudo trata do tema da formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a partir de um estudo de caso de abordagem qualitativa, propondo-se a analisar o significado da experiência de formação em um curso técnico.

A profissão do ACS e a presença desse profissional junto às equipes de saúde tem se mostrado estratégica para a concretização da Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente por considerar o território no qual a pessoa está inserida e sua realidade de vida (SILVA; DALMASO, 2004). As atribuições do ACS (BRASIL, 2012), são amplas e complexas, já que transcendem o setor saúde, atuando na interface da assistência social, educação e meio ambiente, pressupondo, também, conhecimentos relacionados às Ciências Humanas, Sociais e Políticas (REIS; BORGES, 2016). Entendendo as dificuldades relacionadas ao processo de trabalho dos ACS e a necessidade de prepará-lo para atuar de maneira que atendesse às diretrizes da Saúde da Família, os Ministérios da Saúde e da Educação formularam o referencial para cursos técnicos voltados à formação dos ACS (BRASIL, 2004).

No ano de 2015, foi iniciado o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (CTACS) no município de Novo Hamburgo, por meio de uma parceria entre a Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH), a Escola GHC (Grupo Hospitalar Conceição) e o Instituto Federal de Alvorada (IF-RS). Esse curso, com duração de um ano e meio, trouxe uma perspectiva de crescimento e qualificação profissional, em comparação a capacitações curtas e pontuais que os ACS estavam habituados a passar (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014). Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul, foi um dos poucos municípios do país que finalizou o processo de formação dos ACS pelo curso. Assim, o campo de investigação desta pesquisa foi o município de Novo Hamburgo, mais especificamente o cenário da Atenção Primária à Saúde (APS).

Cabe ressaltar de que lugar fala a pesquisadora e qual sua implicação no estudo. A pesquisadora, desde a graduação, demonstrava interesse pelas questões que iam para além do conhecimento técnico do ‘fazer odontológico’, aproximando-se das questões de Saúde Coletiva, da subjetividade do cuidado e possibilidade de uma clínica ampliada na saúde bucal. Após a conclusão da graduação, optou por continuar sua formação na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS-GHC), com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Durante os dois anos de Residência, pode imergir na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e no trabalho em equipe multiprofissional na APS, apresentando

interesse especial pelo trabalho e papel dos ACS. Finalizada a Residência, passou a atuar como cirurgiã-dentista em uma equipe da ESF no município de Novo Hamburgo, como concursada da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH).

Durante o período em que trabalhou em Novo Hamburgo, ocorreu o ‘Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde’ e a pesquisadora percebeu a expressiva contribuição dessa prática educativa na confiança, embasamento teórico e comunicação desses ACS, principalmente quando comparados aos demais profissionais que não participaram do curso. A partir dessa percepção, questionamentos surgiram sobre a formação do ACS, o próprio papel que exerce na equipe e seu processo de trabalho, o que suscitou a presente pesquisa.

Assim, tem-se como problema de pesquisa:

Que significados emergem da experiência de educação em um curso técnico para os ACS? Como esse curso atuou nas práticas cotidianas de trabalho do ACS? Que metodologia foi utilizada no curso?

O estudo teve aprovação dos Comitês de Ética (CEP) em Pesquisa da UFRGS (CAAE 80126717.9.0000.5347) (ANEXO A) e do Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva – NUMESC do município de Novo Hamburgo (ANEXO B). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B). As entrevistas realizadas nesta pesquisa foram guiadas por um roteiro norteador (APÊNDICE C e D).

Esta dissertação de Mestrado Profissional está organizada em sete capítulos. No primeiro capítulo são abordados os objetivos e as intencionalidades da pesquisa. O segundo capítulo traz o referencial teórico que embasou a construção do estudo. O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico da pesquisa, enquanto o quarto capítulo traz os resultados da pesquisa. O quinto capítulo aborda a discussão dos resultados da pesquisa em relação à literatura existente sobre o tema. O sexto capítulo traz o produto da pesquisa (Boletim Informativo). O sétimo capítulo encerra os elementos textuais da dissertação, identificando as considerações finais da pesquisa realizada.

1.1 INTENCIONALIDADES DO ESTUDO

Desde a criação do SUS, profundas mudanças ocorreram no cenário da saúde pública do Brasil. O estabelecimento e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), como base e porta de entrada do sistema, levou à redução das desigualdades no acesso à saúde para a população brasileira (BRASIL, 1990). Devido à grande extensão territorial do país e a

diversidades de locais e populações, esforços e estratégias foram necessários para a expansão e qualificação da APS no SUS.

Uma das estratégias utilizadas foi, a partir de uma experiência positiva no Nordeste durante os anos 80, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Pouco mais tarde, em 1994, surge o ‘Programa Saúde da Família’ (PSF), que incluía o ACS nas equipes mínimas. O PSF foi se expandindo e deixou de ser mais um programa do Ministério da Saúde, tornando-se a ‘Estratégia Saúde da Família’ (ESF), que, desde então, é o modelo prioritário de organização da APS no país (PAIM et al., 2011; LAVOR, 2010; BRASIL, 2000).

No contexto das profissões da saúde, a profissão ‘ACS’ é recente, com regulamentação em 5 de outubro de 2006. O ACS torna-se um profissional essencial na equipe para a concretização da Saúde da Família como estratégia, por trazer uma concepção mais ampliada do entendimento de saúde e cuidado em saúde, considerando o território no qual a pessoa está inserida e sua realidade de vida (SILVA; DALMASO, 2004).

Até 2017, o documento vigente da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012), apresentava as atribuições dos ACS, incluindo atividades amplas e complexas, transcendendo o setor saúde, atuando na interface da assistência social, educação e meio ambiente e pressupondo conhecimentos relacionados à Ciências Humanas, Sociais e Políticas (REIS; BORGES, 2016). Em 2017, a Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) trouxe modificações na PNAB e, de modo especial, no número mínimo e nas atribuições do ACS.

Entende-se como importante e necessária a profissionalização (formação) e educação permanente do ACS, de forma que ele não seja sobrecarregado, se sinta seguro em relação ao seu trabalho e mais valorizado, além de ter conhecimento de seu papel e atribuições (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016; MOTA; DOSEA; NUNES, 2014; COSTA et al., 2013; WAI; CARVALHO, 2009). Baseado nessa necessidade e na complexidade de fatores envolvidos no processo de trabalho dos ACS, os Ministérios da Saúde e da Educação estabeleceram, em 2014, o referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004).

Na maioria dos estados brasileiros, os ACS realizaram apenas a primeira etapa desse curso técnico, possivelmente por ser a etapa totalmente financiada pelo governo federal. As etapas subsequentes deveriam receber auxílio dos governos estadual e municipal, o que pode ter influenciado a continuação do curso. Até 2014, apenas os estados do Tocantins, do Acre e

do Rio Grande do Sul finalizaram as três etapas do curso, e também uma turma da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

No Rio Grande do Sul, ocorreram três edições do curso técnico. Este curso foi finalizado no ano de 2012 em Gravataí, por meio da parceria entre o IF-RS campus Alvorada e a Escola GHC. Tais instituições organizaram o mesmo curso nos municípios de Alvorada e Novo Hamburgo, finalizando-os em 2016. Os municípios de Gravataí, Alvorada e Novo Hamburgo, todos próximos da capital do Estado, tiveram edições do curso desenvolvidos por meio da parceria entre o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e o Instituto Federal (IF), campus Alvorada (UAB, 2017; ALVORADA, 2017; GRAVATAÍ, 2017).

No município de Novo Hamburgo, desde 2014, os ACS que iniciam o trabalho passam por um curso introdutório com duração de 40 horas, que pretende esclarecer questões acerca do SUS, do papel do ACS e seus instrumentos de trabalho. Em 2015, buscando uma maior qualificação dos ACS foi iniciado o curso técnico. Com duração de 1.300 horas, é uma formação que se propõe a

preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014, p. 18).

Nesse contexto foram definidos os objetivos da presente pesquisa. Apresenta-se como objetivo geral:

- Analisar os significados do processo de educação no curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, na perspectiva dos educandos e gestores da saúde e do curso.

E como objetivos específicos:

- Compreender como foi, para os ACS, a experiência de participar do curso técnico e como esse curso atuou nas suas práticas cotidianas de trabalho.
- Conhecer a percepção dos ACS e gestores do curso técnico acerca das metodologias de ensino-aprendizagem-avaliação utilizadas nesse curso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O AGENTE COMUNITÁRIO NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL

O estado brasileiro apresentava, no início do século XX, um modelo assistencial à saúde excludente para a população que estava fora do mercado de trabalho formal, com foco no atendimento hospitalar, exames especializados e tratamentos de alto custo. Importantes mudanças na sociedade brasileira trouxeram um novo contexto de saúde aos brasileiros. O movimento de Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a criação do SUS estabeleceram o conceito ampliado de saúde, menos biologicista e considerando, também, determinantes sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 1988). Em 1990, a Lei 8.080 definiu as diretrizes para organização e funcionamento do SUS e trouxe a saúde como direito fundamental de todos os cidadãos e dever do estado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; PAIM et al., 2013; PAIM et al., 2011; BRASIL, 1990).

No cenário internacional, em 1977 ocorreu a Assembleia Mundial de Saúde, onde os países participantes pactuaram a meta conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”. Esta declaração levou a uma série de ações e pensamentos a respeito da Atenção Primária à Saúde (APS). Esta, então, ficou reconhecida como uma parte permanente do sistema formal de atenção à saúde de todos os países (STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2002), todo sistema de saúde tem dois objetivos principais: melhorar a condição de saúde da população e reduzir as desigualdades entre os subgrupos populacionais, para que o acesso aos serviços de saúde ocorra de forma equânime. A APS é caracterizada por ser a porta de entrada e base do sistema de saúde e, quando adequadamente organizada, é capaz de resolver até 85% dos problemas de saúde da população, evitando encaminhamentos desnecessários a serviços especializados. Além disso, fornece atenção focada na pessoa e não na doença, acompanhamento ao longo do tempo e coordena o cuidado em relação aos outros pontos da rede de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS, chamada também de Atenção Básica (AB), foi inicialmente composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com profissionais trabalhando em equipes dirigidas a populações de territórios delimitados (PAIM et al., 2011). A APS desenvolve ações de saúde no âmbito coletivo e individual, abrangendo promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Apresenta um grau elevado de descentralização e capilaridade e é orientada pelos princípios da universalidade, da

acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

No final dos anos 80, iniciou-se a experiência do trabalho com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Nordeste, os quais eram membros da própria comunidade que atuavam em territórios de grande vulnerabilidade. A visível melhora dos indicadores de morbimortalidade relacionada ao trabalho dos ACS levou o Ministério da Saúde (MS) a institucionalizar o Programa de Agentes Comunitários (PACS) em 1991, então voltado para os estados do Norte e Nordeste. A partir de 1994, o MS passou a adotar o PACS como estratégia transitória para a formação do Programa de Saúde da Família (PSF) (PAIM et al., 2011; LAVOR, 2010; BRASIL, 2000).

No processo de consolidação da APS no SUS, a Saúde da Família teve papel importante, tornando-se a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, comprometida com a garantia da universalidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2000). A equipe mínima é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo esse último como diferencial e papel importante na equipe (BRASIL, 2012). O PSF tornou-se, então, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se propôs a expandir, qualificar e consolidar a atenção básica de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, causando um maior impacto na situação de saúde da maioria da população (MELO; QUINTÃO; CARMO, 2015; BRASIL, 2000).

Um dos acontecimentos mais importantes na consolidação da APS foi o lançamento da primeira edição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) pelo Ministério da Saúde, em 2006, que sistematizou e concretizou os princípios gerais da APS. A PNAB, que ganhou versão atualizada em 2012, apresenta as responsabilidades de cada esfera de governo, recursos necessários para o funcionamento dos serviços, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, detalhes do financiamento e as especificidades da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Segundo essa versão da PNAB (BRASIL, 2012), o número de ACS de cada equipe de saúde da família deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Cada um dos ACS deve ser responsável por 100 até, no máximo, 750 pessoas. Cada equipe não pode ter mais de 12 ACS. A sua carga horária semanal é a mesma do resto da equipe, 40h semanais.

A mais recente versão da PNAB estabelecida em 2017 pela Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017), traz mudanças no contexto da APS. Em relação ao ACS, a nova PNAB remove a obrigatoriedade de um número mínimo de ACS em cada equipe de ESF, excluindo a

obrigatoriedade de uma cobertura de toda a população. O número de ACS passa a ser definido pela gestão local, de acordo com a base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição da gestão local. A cobertura de 100% da população é recomendada apenas para áreas de risco e vulnerabilidade social, sendo esta caracterização feita pelo gestor local (BRASIL, 2017).

2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A primeira experiência em saúde com o agente comunitário ocorreu no Ceará, em 1987, com objetivo duplo de criar emprego para as mulheres na área de seca e também diminuir os índices de mortalidade infantil da região. Os resultados foram tão positivos que a experiência foi expandida por todo o estado e, em 1991, foi adotado pelo Ministério da Saúde, que criou o PACS, citado na seção anterior. O PACS foi incorporado ao PSF, que se tornou ESF e, a partir de então, o ACS é um profissional membro da equipe mínima de Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Desde a criação do PACS, os ACS lutavam pelo reconhecimento legal de sua profissão. O Decreto Federal nº 3.189/99 fixou as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, ocorreu a elaboração de um projeto de lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002). Mesmo assim, a atividade profissional do ACS só foi regulamentada com a Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

As atribuições exclusivas dos ACS foram estabelecidas, primeiramente, pela Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 e, até 2017, eram descritas na PNAB (BRASIL, 2012). Segundo a PNAB de 2012, as atividades do ACS englobavam o conhecimento do território (cadastramento e mapeamento); acompanhamento das famílias, de acordo com critério de vulnerabilidade (orientação das famílias em relação ao uso do serviço de saúde, promoção da integração entre os profissionais e as famílias, desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde) (BRASIL, 2012).

O ACS é essencial para a concretização da ESF e também para a efetivação do conceito ampliado de saúde. Por meio do trabalho que realiza junto às comunidades, pode ser considerado um elemento nuclear das ações em saúde. O ACS orienta tanto a comunidade como o serviço de saúde em relação às situações de risco enfrentada pelas famílias, portanto, assume papel de sujeito articulador. Outro diferencial dessa categoria é a comunicação facilitada com os usuários do serviço de saúde, pela proximidade, identificação e aspectos culturais, fato que auxilia no desenvolvimento de ações de promoção da saúde (REIS;

BORGES, 2016; COSTA et al., 2013). O trabalho do ACS, junto com a lógica da ESF, transformou o entendimento do cuidado em saúde, agora com uma concepção mais ampliada, levando em consideração o território no qual a pessoa está inserida e sua realidade de vida (SILVA; DALMASO, 2004).

No trabalho do ACS não existem protocolos de como devem abordar os pacientes ou como desenvolver as ações descritas nas suas atribuições. Muitas situações do cotidiano de trabalho trazem dilemas culturais, religiosos e relacionados à educação. Pode-se entender, dessa forma, a diversidade de realidades com as quais esse profissional tem de lidar e a complexidade do seu trabalho, que muitas vezes transcendem o campo saúde, já que as condições de vida abrangem a atuação intersetorial (LAVOR, 2010; BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Além disso, o trabalho do ACS prevê conhecimento sobre educação em saúde, saber relacionado às Ciências Humanas, Sociais e Políticas e articulado com saberes biomédicos relacionados à medicina, biologia e epidemiologia (REIS; BORGES, 2016).

Por ter atribuições tão amplas, o ACS se torna facilmente um profissional sobrecarregado. Tomaz (2002) cita que os ACS têm tido seu papel distorcido, já que toda e qualquer ação relacionada às famílias e ao território é atribuída a esses profissionais. O autor relaciona esse fato com o processo inadequado de qualificação dos ACS, com treinamentos pontuais e fragmentados, fora do contexto e sem uma sequência lógica. Tal sobrecarga, que não é só emocional, mas excesso de carga mecânica, biológica e psíquica, ocorre pela falta de delimitação clara de suas atribuições ou entendimento de sua própria função (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016; MOTA; DOSEA; NUNES, 2014; WAI; CARVALHO, 2009). A falta de preparo e capacitação para lidar com seu trabalho também foi trazida por Wai e Carvalho (2009) que observaram, por meio de entrevistas com ACS, que esses estavam sofrendo sobrecarga emocional e também frustrações relacionadas ao trabalho.

Por sentirem necessidade de maior qualificação profissional, uma parcela dos ACS tem buscado outros cursos de formação na saúde, como de técnico de enfermagem, que os fazem sentir mais valorizados pela comunidade e pela equipe. Tal processo pode levar a uma mudança importante no perfil de trabalho do ACS, já que esses cursos reforçam o saber biomédico e não valorizam os saberes populares e as características únicas do trabalho do ACS (SIMAS; PINTO, 2017).

O eixo central do trabalho do ACS está no processo educativo, por meio do desenvolvimento de ações de promoção da saúde, mas, a partir da nova versão da PNAB (2017), sua função tende a ser mais assistencial. Novas atribuições foram propostas aos ACS, como executar a aferição de temperatura axilar e pressão, realizar medição de glicemia capilar

e orientações relacionadas à administração de medicamentos (BRASIL, 2017). Essas funções eram da competência legal dos profissionais de Enfermagem, prevista na Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 (COFEN, 1986) e seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87 (COFEN, 2001). Os curativos e cuidados com feridas, que também entram nas novas atribuições dos ACS, são, até então, competência da equipe de Enfermagem e apresentam normatização específica, segundo a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e a Resolução COFEN nº 567/2018 (COFEN, 2018). Tais modificações podem impactar no cuidado em saúde na Atenção Básica do país e no futuro da profissão de ACS.

2.3 A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

No início da atuação dos ACS, o MS estabeleceu que eles deveriam saber ler e escrever, ter espírito de liderança e solidariedade, 18 anos ou mais e residir na comunidade onde atuariam. A Portaria nº 1.886/97 do Ministério da Saúde estabeleceu que a formação desses profissionais devesse ocorrer em serviço, de forma continuada e permanente, levando em consideração as peculiaridades do território (REIS; BORGES, 2016; BRASIL, 1997; FAUSTO; MATTA, 2007). A partir da Lei nº 10.507, de julho de 2002, passa a ser exigido que o ACS tenha ensino fundamental completo e tenha concluído o curso introdutório de qualificação básica para sua atuação, que deve ser disponibilizada pelo seu contratante (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

O ACS foi inserido recentemente na história das profissões de saúde e ainda não há uma delimitação dos núcleos teóricos e pedagógicos responsáveis por seu processo formativo (BORNSTEIN; DAVID, 2014). A formação do ACS transcende o setor saúde, atuando na interface da assistência social, educação e meio ambiente (FONSECA; STAUFFER, 2007; BRASIL, 2004).

Entendendo a necessidade de vasta e sólida capacitação a essa categoria, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde, em 2004. Esse documento tem a intenção de orientar as instituições de ensino interessadas na formação do ACS na construção dos cursos técnicos. O objetivo principal do curso é a capacitação do ACS para atuação em equipe multidisciplinar, desenvolvimento de ações de cuidado, proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, atividades domiciliares e coletivas (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; BRASIL, 2004).

O curso é dividido em três etapas formativas, com carga horária total de, no mínimo, 1.200 horas. Cada uma dessas etapas tem parte da carga horária de atividade teórica e parte de

atividade prática (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; BRASIL, 2004). O Quadro 1 apresenta a descrição da organização do curso técnico.

Quadro 1 – Descrição da organização do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

ETAPA	TEMÁTICA	CARGA HORÁRIA	PRÉ-REQUISITO
Etapa I	Contextualização, perfil social do ACS e seu papel na equipe multidisciplinar	400h	Nenhum
Etapa II	Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes	600h	Etapa I finalizada e ensino fundamental completo ou em curso
Etapa III	Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário	200h	Etapa II finalizada e ensino médio completo ou em curso

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

As três etapas do curso têm relação com três âmbitos de atuação do ACS. São listadas, para cada um destes, competências esperadas, habilidades e conhecimentos necessários para a formação do técnico agente comunitário de saúde (BRASIL, 2004). O Quadro 2 descreve as competências esperadas de acordo com a etapa do curso.

Quadro 2 – Descrição das competências esperadas por etapa do curso.

ÂMBITO DE ATUAÇÃO DO ACS	COMPETÊNCIAS ESPERADAS
Mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações (Etapa I)	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades. - Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde. - Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.
Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes (Etapa II)	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde. - Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e

	nos protocolos de saúde pública.
No âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (Etapa III)	- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde.

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

O Projeto Pedagógico (PP) do curso indicava que fossem utilizadas estratégias educativas individuais e coletivas que valorizassem a troca de saberes e as experiências prévias do educando (FREITAS et al., 2015). As dificuldades de operacionalizar a formação do ACS se devem, principalmente, à complexidade da própria atividade profissional, com identidade profissional frágil e regulamentação incipiente (FONSECA; STAUFFER, 2007).

Nunes et al. (2002) trazem uma discussão importante sobre a formação do ACS, percebendo que, por meio da formação que recebem, têm um maior acesso ao saber biomédico, mais valorizado do que o conhecimento popular. Esta seria uma contradição, já que o conhecimento característico e mais importante do ACS é justamente o saber popular e o conhecimento sobre a dinâmica social da sua comunidade. Os autores fazem ainda um questionamento sobre a percepção dos ACS em relação à importância desse conhecimento que lhes é genuíno e sobre o preparo das equipes de saúde da família para respeitar e até incorporar tais saberes (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Estudo de Reis e Borges (2016) fez um projeto-piloto de execução de todo o itinerário formativo do CTACS. Foram evidenciados os movimentos que dificultam a execução do curso. Segundo o estudo, existia um movimento nacional contrário à profissionalização do ACS, apontando, principalmente, as dificuldades das prefeituras e estados em financiar o processo formativo e possível elevação salarial decorrente da transformação do ACS em profissional técnico. O CTACS, dessa forma, também pode ser entendido como esperança, por parte dos ACS, de melhora de condições de trabalho, vínculo empregatício e remuneração (REIS; BORGES, 2016).

Na maioria dos estados brasileiros, os ACS realizaram a primeira etapa desse curso técnico, possivelmente por ser a etapa financiada pelo governo federal. Entre 2005 e 2013, 72% dos ACS do país finalizaram essa primeira etapa (RODRIGUES, 2013). As etapas subsequentes deveriam receber auxílio dos governos estaduais e municipais, o que pode ter influenciado a continuação do curso. Até 2014, apenas os estados do Tocantins, do Acre e do Rio Grande do Sul finalizaram as três etapas do curso, e também uma turma da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (BORNSTEIN; DAVID, 2014). No Rio Grande do Sul, ocorreram apenas três edições do curso técnico. O curso foi finalizado no ano de 2012 em

Gravataí, pela parceria entre o IF-RS campus Alvorada e a Escola GHC. Tais instituições organizaram o mesmo curso nos municípios de Alvorada e Novo Hamburgo, finalizando-o em 2016.

2.3.1 Experiência de Novo Hamburgo com a formação do ACS

Desde o ano de 2014, todos os ACS contratados pela Fundação de Saúde de Novo Hamburgo passavam por um curso introdutório de capacitação. Esse curso tinha a duração de uma semana, representando um total de 40 horas. Em 2015, a FSNH identificou a necessidade de uma capacitação mais ampla e aprofundada e conseguiu a parceria com o GHC, que já havia feito uma edição do CTACS em 2012 no município de Gravataí.

O curso técnico, então, foi uma parceria entre a FSNH, o GHC e o IF-RS (campus Gravataí) e teve o início das atividades didáticas em julho de 2015. O curso foi organizado em regime semestral por disciplinas, com carga horária de 1.300 horas distribuídas em três semestres. As aulas ocorriam nas segundas-feiras e quintas-feiras das 8:00 horas às 17:00 horas com uma hora de intervalo para almoço.

Todos os ACS contratados pela FSNH foram convidados a participar do curso, tendo carga horária liberada do trabalho pela gestão municipal. Os educandos não recebiam outros benefícios, como passagem até o local do curso ou auxílio alimentação específico para o curso, o que pode ter sido um fator dificultador para que todos os ACS do município pudessem participar do curso. Finalizaram o curso 45 ACS e se formaram técnicos em Agente Comunitário de Saúde.

O material didático utilizado durante o curso foi construído em parceria do GHC e IF-RS seguindo o referencial curricular publicado em 2004 (BRASIL, 2004) e disponibilizado aos alunos por essas instituições. Os tutores e docentes do curso foram profissionais da rede de saúde eram contratados pela FSNH e disponibilizados para o acompanhamento do curso. Os tutores e docentes tinham formação em enfermagem, nutrição, odontologia, medicina, psicologia, serviço social e apresentavam formação complementar em residência multidisciplinar em saúde ou mestrado acadêmico em saúde coletiva.

Os três eixos propostos pelo referencial curricular do CTACS foram organizados em três semestres. Na primeira etapa foi feita a discussão dos processos de trabalho a partir do território, as políticas de saúde voltadas para a Atenção Básica e o perfil profissional. No segundo semestre foram abordados o universo do cuidado integral à saúde e ações específicas de intervenção e na terceira etapa discutiu-se a vigilância em saúde e o processo de trabalho do ACS no âmbito do indivíduo e da coletividade. O Quadro 3 mostra a organização dos componentes curriculares do curso oferecido pela GHC e IF-RS, baseado no material desenvolvido pelos Ministérios da Saúde e Educação.

Quadro 3 – Disposição no tempo dos Eixos Temáticos do perfil de formação.

COMPONENTES CURRICULARES			TÉCNICO EM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
1º Semestre	2º Semestre	3º Semestre	
Conhecendo a Comunidade	Conceitos de Saúde, processo saúde-doença	Participação Popular	
Conhecendo a Política de Saúde	Ações de atenção à saúde e integralidade	Educação Popular em saúde, Laboratório de Práticas educativas e metodologias interativas	
Conhecendo o Perfil do ACS e seu Processo de Trabalho	Processo de trabalho em saúde	Os desafios ecológicos, a saúde e a vigilância ambiental	
Cadastrando as Famílias e Planejando as Ações	Trabalho em equipe e o ACS	A Vigilância na Saúde na perspectiva da integralidade	
Caminhos da Criação para Promoção da Saúde	Caminhos da Criação para Promoção da Saúde	Caminhos da Criação para Promoção da Saúde	

Fonte: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014, p. 26.

2.3.1.1 Metodologia de ensino-aprendizagem-avaliação do curso técnico de ACS

Tradicionalmente, a formação dos profissionais de saúde foi baseada no modelo flexneriano, onde só era levado em consideração os aspectos biológicos do processo saúde-doença, separando teoria e prática, especializando cada vez mais o saber, em busca apenas, de eficiência técnica. Esse modelo ignora a realidade em que os alunos irão se inserir e, também, as reais necessidades do Sistema Único de Saúde (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008). Nesse modelo tradicional de ensino, o educando tem o dever de absorver e repetir os conhecimentos adquiridos, apresentando postura passiva, sem desenvolver a crítica e a reflexão (MITRE et al., 2008).

O Projeto Pedagógico do CTACS de Novo Hamburgo cita o documento “A Declaração Mundial sobre a Educação para Todos”, que enfatiza as quatro aprendizagens essenciais: aprender a conhecer (aprender a aprender buscar através da reflexão e da ação as informações), aprender a fazer (aprender as habilidades necessárias sobre o mundo do trabalho), aprender a viver junto (escola como espaço solidário e de respeito do outro) e aprender a ser (envolve o autoconhecimento) (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014).

Segundo o PP, é importante desenvolver um processo de ensino e aprendizagem que atribua significado a partir de um movimento de ressignificação do processo de trabalho, que considere a potencialidade de cada um de aprender e de construir novos conhecimentos,

transversalizados pelas histórias de vida e pela diversidade sociocultural dos educandos. O curso traz uma proposta de educação problematizadora, que torna o educador um mediador e traz o diálogo como instrumento para que educando e educador cresçam juntos. O itinerário do curso está embasado na construção compartilhada de saberes e práticas partindo das realidades dos sujeitos envolvidos e visa desenvolver o espírito crítico e criativo dos estudantes (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014).

A avaliação das aprendizagens é feita ao longo do curso, de forma que o princípio essencial seja o ‘auxiliar no aprender’. Uma das propostas avaliativas de grande potencial trazido pelo CTACS foi a construção de portfólios individuais como registro do processo de ensino-aprendizagem. O uso de portfólios foi considerado uma importante ‘estratégia de ensinagem’ por possibilitar a construção do conhecimento do educador e do educando durante o processo e não somente ao final deste (ANASTASIOU, 2005). Serve como estratégia para a construção do conhecimento de forma reflexiva e continuada, tendo potencial para levar a emancipação dos educandos em formação (COTTA; MENDONÇA; COSTA, 2011).

A utilização do portfólio permite ao educando um processo reflexivo continuado, levando em conta as múltiplas dimensões da prática; questionamento sistemático sobre a prática em situações de trabalho; o desenvolvimento do educando a partir das suas próprias experiências, motivações e necessidades; a oportunidade de desenvolver autoavaliação e de autoconhecimento; e a oportunidade de uma avaliação mais autêntica, mais dinâmica, e mais participada (GRILO; MACHADO, 2005).

Silva e Sá-Chaves (2008) avaliaram a percepção de educadores em relação ao uso do portfólio nos cursos de Medicina e Enfermagem. Segundo os docentes, o portfólio possibilitou a estimulação da capacidade reflexiva dos estudantes e um acompanhamento supervisionado e contínuo do desenvolvimento pessoal e profissional, o que foi entendido como um processo bastante positivo.

A educação problematizadora, aliada à construção de portfólios, tendo o acompanhamento de docentes-facilitadores e supervisores, torna a proposta do curso potente para um processo de formação qualificada do ACS. Seus significados foram investigados e estão descritos ao longo deste trabalho.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa voltado à compreensão de um fenômeno contemporâneo em seu contexto de vida real (YIN, 2010). Nessa pesquisa, o fenômeno estudado foi a formação do Agente Comunitário de Saúde a partir de um curso técnico específico para esse profissional, elaborado a partir do referencial curricular proposto pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

O campo de investigação foi o espaço da Atenção Primária à Saúde, nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Novo Hamburgo, município onde ocorreu a formação dos ACS no curso técnico, entre 2015 e 2017.

Novo Hamburgo é um município de 238.940 habitantes, situado a 42 km da capital do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2010). Tem uma rede de saúde pública formada por serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Serviços de saúde pública oferecidos pelo município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, 2018.

SERVIÇOS DE SAÚDE	QUANTIDADE
Hospital Municipal	1
Centro de especialidades médicas	1
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	2
Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS)	5
Unidade Básica de Saúde (UBS)	6
Unidades de Saúde da Família (USF)	18

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, 2018.

As 18 USF do município são compostas por 30 equipes de ESF. Três das USF's, compostas por oito equipes, são coordenadas pela gestão de um hospital privado. As outras 15 USF são coordenadas pela Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH) e compostas por 24 equipes. A FSNH é uma fundação estatal de direito privado, integrante da administração indireta do município e sem fins lucrativos e sua implantação foi efetivada em janeiro de 2010. A Fundação tem por finalidade manter e prestar ações e serviços de saúde e está vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, que fixa as diretrizes, as políticas e ações dos serviços de saúde (NOVO HAMBURGO, 2009). No momento em que a pesquisa aconteceu, havia 14 USF vinculadas à FSNH, pois uma USF foi inaugurada após a coleta de dados da pesquisa. Essas 14 USF eram compostas por 22 equipes, onde trabalhavam 136 ACS. Todos os 136 ACS foram convidados a cursar o CTACS. Desses, 45 o realizaram.

Foram convidados a participar da pesquisa:

- Agentes Comunitários de Saúde que finalizaram o curso técnico, trabalhadores das 14 USF da Secretaria Municipal de Saúde (n=45).
- Gestores da saúde do município que participaram da implantação e desenvolvimento do curso técnico (n=2).
- Gestor do curso técnico: coordenação pedagógica (n=1).

O contato com os ACS e os gestores ocorreu por meio de ligação telefônica ou aplicativo de mensagem, informando sobre a realização da pesquisa, seus objetivos, metodologia, e convidando-os a participar como voluntários.

Os ACS foram selecionados intencionalmente levando em consideração a representatividade das 14 Unidades de Saúde em que atuam. O critério de inclusão foi ter terminado o curso técnico de formação do ACS. Foram excluídos da pesquisa os ACS que estavam em período de férias ou outro tipo de afastamento na etapa de realização das entrevistas.

As estratégias utilizadas para compor o material da pesquisa foram as entrevistas semiestruturadas com ACS, gestores e coordenador pedagógico, além disso, a análise documental dos portfólios dos ACS e do Projeto Pedagógico do curso. Os portfólios foram solicitados aos ACS no momento do convite para participação na pesquisa. A análise documental aconteceu concomitantemente às entrevistas.

As entrevistas ocorreram de forma individual, em local de escolha dos entrevistados, preferencialmente no seu local de trabalho e foram realizadas por um único entrevistador. Foram gravadas por equipamento de áudio e transcritas na íntegra. Com os ACS, cada entrevista contemplava um roteiro com informações sobre o contexto dos participantes (idade, sexo, ano de ingresso no serviço público como ACS, escolaridade, formação complementar e tempo de trabalho na USF) e demais questionamentos sobre a experiência de participar do curso, sobre os efeitos do curso em seu processo de trabalho, sobre modificações em sua relação com os colegas de trabalho e pacientes, sobre a forma que percebe seu trabalho depois do curso, sua percepção sobre a organização do curso e metodologias utilizadas. Foi solicitado, também, que relatassem o momento mais marcante do curso, quais aprendizagens surgiram, os desafios do processo, uma avaliação do curso e se indicaria o curso para os colegas que não o fizeram.

Já com os gestores da saúde e coordenador pedagógico o roteiro abordava, além das informações sobre o contexto do participante (sexo, idade e escolaridade), também questões sobre as lembranças do início do curso e o interesse de iniciar o curso no município, sobre a organização do curso e seu papel nela, sobre a relação entre os atores envolvidos no

desenvolvimento do curso, sobre a repercussão do curso no trabalho dos ACS e das USF. Foi solicitado também que relatassem um momento marcante do curso, o sentimento dos gestores em relação ao processo, uma avaliação do curso e o se indicaria o curso para outros municípios aderirem.

O tamanho da amostra para os ACS foi determinado pela avaliação da densidade do material textual de pesquisa aliado ao critério da saturação teórica, ou seja, as entrevistas foram encerradas quando se entendeu que novas falas passaram a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos propostos pela pesquisa, tornando-se repetitivas (FONTANELLA et al., 2011; TURATO, 2008). Ao final, 17 entrevistas foram realizadas, de dezembro de 2017 a janeiro de 2018. Cada entrevista teve uma duração média de 44 minutos, totalizando 13 horas de gravação.

O material de análise da pesquisa foi interpretado pela análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011), buscando a descoberta de núcleos de sentido. Essa interpretação seguiu as etapas de pré-análise, de exploração do material e tratamento dos dados obtidos e, por fim, a interpretação. A pré-análise envolveu a constituição do *corpus* de análise, ou seja, escolha dos documentos e textos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material produzido, a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final e a leitura flutuante, na qual houve um contato exaustivo das pesquisadoras com o material de análise. Na etapa da exploração do material, os dados brutos do material foram codificados em temas e depois em categorias para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na última etapa foram realizadas as interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos (BARDIN, 2011). Por ser uma análise que comportava um grande volume de material textual de pesquisa, o *software Visual Qualitative Data Analysis (ATLAS.ti)* foi utilizado para auxiliar na organização desse material.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE 80126717.9.0000.5347) e pelo Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva (NUMESC) do município de Novo Hamburgo. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B).

Para preservar o sigilo na identificação dos participantes de pesquisa, cada um recebeu um número de 1 a 17 e é dessa forma que serão citados ao longo dos resultados.

4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 14 ACS e três gestores. Dos 14 ACS, 13 eram mulheres e estavam no serviço de 3 a 7 anos, todos haviam concluído o ensino médio. A idade do grupo variou de 31 a 55 anos. Já em relação aos gestores, dois eram vinculados à Secretaria da Saúde e um à coordenação do curso técnico. Eram mulheres, na faixa etária de 30 a 59 anos, uma delas apresentava ensino superior completo e as demais haviam concluído o Mestrado (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa.

VARIÁVEIS	n
SEXO ACS	
Feminino	13
Masculino	1
IDADE ACS	
31-40 anos	4
41-50 anos	5
51-55 anos	5
ESCOLARIDADE ACS	
Ensino médio completo	10
Ensino superior incompleto	3
Ensino superior completo	1
TEMPO NO SERVIÇO ACS	
3 a 7 anos	13
15 anos	1
VÍNCULO GESTORES	
Secretaria Municipal de Saúde	2
Coordenação do curso	1
SEXO GESTORES	
Feminino	3
IDADE GESTORES	
30-35 anos	1
40-45 anos	1
55-59 anos	1
ESCOLARIDADE GESTORES	
Ensino Superior completo	1
Mestrado	2
TOTAL	17

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

A partir da análise da totalidade do material de pesquisa (*corpus*), temas principais foram constituídos e, após, categorias – unidades de codificação de significados – foram geradas. Essas categorias emergentes da análise expressam a forma de organização e apresentação dos resultados (Quadro 4).

Quadro 4 – Temas e categorias de análise.

TEMAS EMERGENTES	CATEGORIAS EMERGENTES	DESCRIÇÃO ESTRUTURAL DAS CATEGORIAS
O Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde: surgimento e organização	- Da capacitação à educação permanente: memórias da proposta interinstitucional de formação técnica para os ACS	Apresenta o resgate da história de construção e organização do curso
Expectativas em relação ao curso	- Expectativas em relação à formação: oportunidade de qualificação profissional, capacitação e aprendizado técnico	Apresenta as expectativas dos ACS com a formação no curso técnico
Metodologias de ensino-aprendizagem-avaliação utilizadas no curso	- Mais do que aulas, encontros: do ensino de ‘sentar e copiar do quadro’ ao desafio do aprendizado compartilhado - Portfólios como instrumento de avaliação das aprendizagens e potencializador da construção do conhecimento	Apresenta a percepção dos ACS e gestores sobre a metodologia de ensino-aprendizagem-avaliação do curso, com destaque para a utilização do portfólio
Significados do curso	- Expressões de um processo educativo para o trabalho e para a vida	Apresenta os aprendizados dos ACS e as mudanças no processo de trabalho a partir do curso
Desafios e perspectivas na formação do ACS	- Desafios que marcaram o processo educativo: o que pode qualificar uma proposta de formação para o ACS - Curso técnico como marca de uma experiência e a perspectiva da educação permanente	Apresenta os desafios e as perspectivas do processo de educação permanente do ACS

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras.

Da capacitação à educação permanente: memórias da proposta interinstitucional de formação técnica para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

No município de Novo Hamburgo, desde 2014, os ACS participam de um curso introdutório de capacitação no início de sua experiência profissional junto às equipes da ESF, com duração de uma semana (40 horas). Na percepção da gestão municipal, apesar de haver essa capacitação, a complexidade do trabalho do ACS requer uma preparação maior desses profissionais. Nessa perspectiva de qualificar o trabalho do ACS, houve a proposta do curso técnico.

[...] a gente já tinha essa leitura de que a complexidade do trabalho requer uma preparação maior com os profissionais, com os Agentes. Teve curso introdutório,

teve várias capacitações no decorrer, mas assim... A possibilidade do curso técnico, da qualificação no nível técnico é algo que agrega muito no processo, no desenvolvimento dos profissionais também enquanto pessoas e enquanto profissionais (Entrevista 16 – Gestora municipal de saúde, 42 anos).

Foi uma proposta articulada pela Direção de Gestão Ambulatorial (DGA) da Fundação de Saúde de Novo Hamburgo (FSNH), que entrou em contato com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com o Instituto Federal (IF-RS) e com a prefeitura de Novo Hamburgo para operacionalizar a parceria entre as instituições.

A iniciativa do curso técnico partiu, naquele momento, da diretora de gestão ambulatorial que tinha todo um vínculo com a escola GHC e que teve conhecimento do curso técnico desenvolvido pelo instituto federal e, então, nos trouxe a proposta, para a gestão, de todas as possibilidades do curso. E discutimos também, naquele momento, com a então secretária de saúde, gostamos da possibilidade (Entrevista 16 – Gestora municipal de saúde, 42 anos).

Essa parceria ocorreu de forma que o GHC contribuiria com o “suporte acadêmico” e pedagógico, e o IF-RS faria a certificação dos cursistas por ser uma instituição de ensino. As duas instituições solicitaram, como contrapartida da FSNH, que os facilitadores do curso fossem profissionais de Novo Hamburgo, que atuassem nas equipes de saúde do município.

A equipe do GHC estava enxuta e a contraproposta que eles fizeram era de que eles poderiam dar um suporte acadêmico, o IF é quem certifica e [...] eles me colocaram essa contrapartida de que, pelo menos os facilitadores, teriam que ser daqui do município [de Novo Hamburgo]. Daí os supervisores são obrigatoriamente profissionais que tivessem inseridos nas unidades, na supervisão de campo [...] (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Para serem facilitadores, os profissionais deveriam ter curso superior concluído, cursado Residência ou Mestrado e apresentarem experiência “em trabalhar em sala de aula” (Entrevista 16, Gestão municipal de saúde, 42 anos). Esses profissionais ficavam envolvidos com os espaços teóricos do curso, em contato direto com os ACS (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014).

Já os supervisores eram profissionais que atuavam nas Unidades de Saúde em que os ACS estavam inseridos e faziam o acompanhamento cotidiano das atividades teórico-práticas desenvolvidas nos serviços (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014). Os supervisores poderiam ser quaisquer profissionais de nível superior, mas foram as enfermeiras que absorveram essa demanda e fizeram a supervisão dos ACS.

Existiam os facilitadores, que era uma dupla por turma e existiam os supervisores. [...] Como eles [os ACS] tinham atividades teórico-práticas no campo, tinham muitas atividades que tinham que fazer com esse profissional [o supervisor], que poderia ser um dentista, que poderia ser até um médico, enfim, mas como as equipes aqui são mínimas, acabou que as enfermeiras absorveram isso (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Os facilitadores ficavam envolvidos com os espaços teóricos do curso durante uma grande carga horária de trabalho semanal. As aulas ocorriam nas segundas-feiras e quintas-feiras, das 8:00 horas às 17:00 horas, com uma hora de intervalo para almoço. Os ACS também permaneciam dois dias da semana envolvidos presencialmente com o curso, portanto, longe das Unidades de Saúde e de suas atribuições no serviço (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014).

Em vista disso, a liberação dos facilitadores e dos ACS durante esses dois dias mostrou-se uma preocupação para a gestão municipal, mas que foi negociada e respaldada pela Secretaria Municipal de Saúde. A liberação foi entendida como importante pela gestão, pois traria qualificação e profissionalização aos ACS. Além disso, a gestão entendia que o curso também era uma oportunidade de atualização para os profissionais envolvidos com a facilitação dos espaços teóricos, conforme expressa o relato do gestor:

No início, realmente, [a liberação] era algo complexo [...] a ideia foi muito respaldada pela perspectiva de qualificação, de profissionalização dos agentes comunitários do município. [...] Para o prefeito, também era algo novo. O fato do Agente não estar lá na visita domiciliar duas vezes por semana e sim estar em sala de aula... a gente precisou também sensibilizá-lo para que também autorizasse, mas também acredito que ele tenha visto com bons olhos todo resultado oportunizado (...). A gente entendeu que compensaria toda a liberação, [...] inclusive para a equipe que compôs a docência, os profissionais que foram desenvolvendo o curso, profissionais que já tinham preparação para isso, mas sempre é uma atualização, uma troca e uma possibilidade de aprofundar ainda mais (Entrevista 16 – Gestora municipal de saúde, 42 anos).

O curso foi, então, organizado em regime semestral por disciplinas, com carga horária de 1.300 horas distribuídas em três semestres. Os educandos foram divididos em duas turmas com dois facilitadores cada (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014).

A equipe do apoio pedagógico esteve empenhada na familiarização dos facilitadores com a metodologia proposta pelo curso e também manteve reuniões periódicas com os facilitadores durante o desenvolvimento de toda a formação.

A gente passou dois meses se encontrando antes do curso começar, para que [os facilitadores] se apropriassem do aspecto metodológico. Formulamos uma estratégia para que eles se sentissem mais à vontade para poder desenvolver junto em sala de

aula. [...] Tínhamos encontros periódicos, também, para ir acompanhando [o processo do curso] (Entrevista 17 – Coordenação pedagógica do curso, 59 anos).

O material didático e o Projeto Pedagógico (PP) do curso foram construídos e adaptados à realidade local pelas instituições envolvidas a partir do referencial curricular para cursos técnicos em ACS, publicado pelos Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 2004).

Todo o projeto pedagógico foi elaborado com base no referencial do Ministério, mas ele foi adaptado pela equipe, pelos profissionais da fundação [de saúde pública do município] com apoio do Instituto [Federal] e com o GHC. Foram adaptados à nossa realidade local, foi desenvolvido um material [didático] próprio (Entrevista 16 – Gestora municipal de saúde, 42 anos).

Esse documento ministerial constituiu-se em um guia para a construção do curso, apresentando o perfil de competências do ACS, habilidades e conhecimentos esperados, a organização curricular e critérios para orientar os processos avaliativos. O referencial curricular, entretanto, não orienta sobre a metodologia de condução das atividades teóricas ou práticas ou quais instrumentos avaliativos deverão ser utilizados, deixando tais escolhas a cargo da instituição de ensino.

No caso da formação do agente comunitário de saúde, a análise da portaria que estabelece suas atribuições e do decreto federal que fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitou uma proposição qualitativa de ações, evidenciando os eixos estruturantes de sua prática profissional. Esta análise [...] sinalizou para o Ministério da Saúde a importância da construção de instrumentos que possam subsidiar as instituições formadoras na elaboração dos programas de profissionalização dos agentes comunitários de saúde. [...] Pretende-se, com este documento, subsidiar as escolas técnicas na elaboração de seu próprio plano de curso e do currículo de formação (BRASIL, 2004, p. 11).

Expectativas em relação à formação: oportunidade de qualificação profissional, capacitação e aprendizado técnico

As expectativas dos ACS com o curso técnico foram plurais. Se por um lado havia a perspectiva de uma formação que ultrapassasse ‘a capacitação’, trazendo a possibilidade de “descobrir o que é ser ACS” (Entrevista 5 – ACS, 50 anos), também havia a percepção de um curso que “fosse ser mais uma capacitação... que as pessoas fossem lá e fossem falar tudo que a gente já sabe” (Entrevista 9 – ACS, 53 anos), “que não valeria a pena fazer depois de tanto tempo trabalhando como agente comunitária, o que eu vou aprender lá no curso?” (Entrevista 3 – ACS, 43 anos). Parte dos ACS, por esse motivo, não demonstrou interesse em se inscrever no curso. “Muitos [ACS] não quiseram fazer. [...] Eles diziam, ‘Ah, isso, para nós, não vai

fazer diferença, não vai acrescentar nada porque a gente já está trabalhando na área” (Entrevista 4 – ACS, 45 anos).

Os ACS também relataram uma expectativa de que o curso fosse agregar aprendizados ‘técnicos’ à profissão, tais como o aferir a pressão, fazer curativo e outros procedimentos relacionados ao núcleo da Enfermagem, o que poderia trazer maior valorização à profissão.

[...] de que eu ia poder ver pressão na casa, que eu ia poder ver HGT na casa, que eu ia poder, tipo, ter mais, coisa mais palpável para o meu trabalho. [...] Como a minha micro é do outro lado do território, muita gente não vem aqui, não vem verificar a pressão. Então o meu trabalho fica meio que, parece que no ar (Entrevista 10 – ACS, 35 anos).

[...] no início do curso que todo mundo pensava, “ah é um curso técnico, eles vão verificar pressão” (Entrevista 15 – Gestor municipal de saúde, 34 anos).

[Pensei] “bom, agora eu vou ganhar um curso técnico de enfermagem”. Eu achei que seria uma forma do agente de saúde ser mais respeitado, sabe? Eu acho, no momento que tu pode chegar numa casa, poder verificar a pressão, poder ver uma glicemia, meu Deus, quanto a gente ia ser mais valorizado! (Entrevista 1 – ACS, 54 anos).

Apesar do sentimento inicial de frustração por não terem a formação técnica esperada, os ACS reconheceram a importância das explicações sobre os objetivos de um curso técnico para a profissão ACS.

Quando eu iniciei, eu me frustrei porque eu esperava mais do curso. Quando a gente fez um apanhado geral de como seria o curso até o final, isso nas primeiras aulas ali, a gente perguntou o que nós iríamos aprender em geral, então assim, nos tiraram um pouco daquela expectativa que nós imaginávamos, [...] a gente achou que fosse aferir pressão, [...] afinal, era um curso técnico. [...] Porém, no decorrer foram aprendidas muitas coisas, muitas coisas bem interessantes, coisas que nós nem imaginávamos (Entrevista 11 – ACS, 32 anos).

Mais do que aulas, encontros: do ensino de ‘sentar e copiar do quadro’ ao desafio do aprendizado compartilhado

O PP do curso ressaltava a intencionalidade de desenvolver um processo de ensino-aprendizado que trouxesse sentido aos ACS por um movimento de ressignificação do processo de trabalho. Um espaço de educação que considerasse a potencialidade de cada um no aprender e construir novos conhecimentos, transversalizados pelas histórias de vida e pela diversidade sociocultural de seus protagonistas (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014). Esse aspecto é ainda mais importante quando se pensa que o curso estava qualificando pessoas que, antes de serem ACS, já eram trabalhadores de outros setores. Essas pessoas se tornaram Agentes de Saúde de um dia para o outro, tendo sua identidade profissional

constituída na prática, a partir do cotidiano do mundo do trabalho. É um profissional, portanto, que conhecia seu processo de trabalho pela experiência ‘do fazer’ - “formação na prática” –, o que não pode ser desvalorizado ou desqualificado, se o objetivo é um processo educativo participativo.

Estamos falando da educação de trabalhadores. Esse ACS é um trabalhador que tem a formação, a princípio, na prática. [...] Ele não é como todos os profissionais de saúde que, antes de chegar no seu local de trabalho, já tem uma formação profissional. O ACS, não... Ele entra sapateiro e se torna um ACS meio, assim, de um dia para o outro. O processo de formação é a partir do cotidiano. Então é muito importante a gente pensar um curso que explorasse e trabalhasse com essa perspectiva. A gente desenhou esse curso sempre pensando que você vai trabalhar com um trabalhador que já é conhecido do seu trabalho, que já contém muito conteúdo, experiência, muita vivência e o que a gente tem que fazer é, digamos [...] colocar esse cotidiano no âmbito de uma reflexão. [...] Sempre pensando numa metodologia mais Freireana né, [...] que a gente acredita que potencializa os processos educativos. Eu tenho convicção que os processos educativos devem ser participativos, devem sempre valorizar o conhecimento que a gente traz (Entrevista 17 – Coordenação pedagógica do curso, 59 anos).

Tratava-se de uma proposta pedagógica que pretendia incentivar o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem-avaliação, que valorizassem as experiências de vida e de trabalho dos educandos, estimulando

[...] uma postura de pesquisa, curiosidade, reflexão, cooperação e solidariedade, estabelecendo relação com o meio em que está inserido, as quais auxiliam na formação humana e sua atuação no mundo (Análise documental – Projeto Pedagógico do curso).

Essa estratégia pedagógica de valorizar as experiências dos ACS e relacionar o conhecimento teórico do curso com a prática do trabalho mostrou-se facilitadora das aprendizagens.

Para que esses processos educativos tivessem sucesso, foram pensadas metodologias que relacionassem a prática do dia a dia com o conhecimento teórico apresentado, o que foi bem aceito pelos Agentes. Eles conseguiam, após as aulas teóricas, desenvolver atividades dentro da realidade em que estavam inseridos (Entrevista 16 – Gestora municipal de saúde, 42 anos).

Tu está naquele serviço e tu vai fazer um curso sobre aquilo que tu tá fazendo, vai levar as tuas experiências, tu vai levar uma bagagem contigo e tu vai trazer uma bagagem maior (Entrevista 9 – ACS, 53 anos).

O curso contemplava momentos de atividades individuais, mas predominavam atividades coletivas, em grupos. As aulas teóricas eram bastante participativas e sempre partiam de um filme ou uma leitura em grupo sobre tema de interesse do ACS (dinâmica de grupo inicial). A seguir, iniciava-se a discussão disparadora sobre o assunto em questão, onde

todos tinham a liberdade de falar e se expressar, trocar ideias. Após a discussão, produções textuais em grupo, oficinas, teatros ou paródias eram desenvolvidas pelos ACS.

Essa metodologia não “tradicional”, que ao invés do “sentar e copiar do quadro” apresentava “aulas bem participativas” com atividades lúdicas, oficinas e dinâmicas que traziam o conhecimento teórico, mas também estimulavam o desenvolvimento de habilidades interpessoais, foi importante para que os ACS conseguissem acompanhar os conteúdos e se mantivessem estimulados e interessados no curso.

Não era aquela metodologia tradicional, cansativa, que é maçante. Então, foram oportunizadas muitas oficinas, muitas dinâmicas e que isso também propiciou o desenvolvimento de habilidades humanas dos Agentes, e não só teórica (Entrevista 16 – Gestora municipal de saúde, 42 anos).

Eram aulas bem participativas, geralmente com a participação de todos. Quando tinha aula [...] com as instrutoras, todo mundo participava, a gente lia o texto, cada um lia um pouco, se tinha alguma dúvida já parava e perguntava, tirava a dúvida ali e depois falava sobre aquilo ali todo mundo junto (Entrevista 9 – ACS, 53 anos).

Não era uma coisa cansativa, não era aquela coisa que a gente ia para lá e lia, lia, lia, não. Isso não. [...] Sempre a gente tinha toda a oportunidade de falar e de conversar e de se expressar e era a temática bem interessante no sentido de que uma hora era apresentação, outra era um filme, [...] Cada pouco tinha uma apresentação pra gente fazer? Então a gente brincava que nós não estávamos fazendo [curso] de agente de saúde, a gente estava fazendo [curso] de atores né [risos], brincava bastante assim... (Entrevista 10 – ACS 35 anos).

A maioria dos ACS já tem uma determinada idade? Já faz algum tempo que deixou de estudar naquele ensino tradicional, de sentar e copiar do quadro. Então, essa maneira nova, diferente, que a gente teve esse processo todo, eu acho que isso ajudou demais, não só a mim, aos meus colegas também. Sem dúvida nenhuma, se fosse para sentar numa classe e copiar as matérias no quadro, eu acho que a maioria tinha desistido, não ia conseguir acompanhar, então eu acho que foi muito importante essa metodologia utilizada (Entrevista 5 – ACS, 50 anos).

Esse formato que eles deram foi o tipo de ensino segundo a ideia de Paulo Freire, mas eu acho que se fosse aquele ensino padrão que a gente tem de ensino fundamental e ensino médio, não teria surtido tanto efeito, acho que nem a metade. Uma, a maioria das pessoas já tão há muito tempo sem estudar, já tem dificuldade em assimilar e absorver as coisas. Como a carga horária era reduzida na aula presencial, o conteúdo era tocado ligeiro [...] foi uma forma bem mais fácil de fixar tudo (Entrevista 8 – ACS 31 anos).

Na percepção dos ACS, as dinâmicas, relatos de experiência e até encenações do cotidiano de trabalho, permitiam a identificação com situações comuns do seu trabalho. Mais do que aulas, eram encontros que permitiam a reflexão sobre a prática, fazendo com que a visão dos ACS acerca de sua realidade, mudasse.

[...] Mais do que aulas, foram ENCONTROS, e gostamos do que foi feito. Muitas coisas ficarão esquecidas, mas a aprendizagem usando os objetos, com certeza não

vamos esquecer. [...] O que mais vai ficar na memória são as coisas que hoje enxergamos de outra forma (Portfólio - Produção textual coletiva).

[Essa metodologia das aulas] acaba te ajudando, porque tu acaba vendo as coisas de outra forma. Querendo ou não, vendo eles ali fazendo, interpretando, mostrando uma situação do dia a dia da unidade, [...] tu acaba te reconhecendo ali também. “Ah, mas já aconteceu isso comigo”, “já aconteceu na unidade”, “já vi”, é uma coisa bem do dia a dia nosso. Porque por mais que a gente esteja em unidades diferentes, a população seja diferente, se tu for olhar, assim, é muito parecida as histórias, as coisas que acontecem (Entrevista 12 – ACS, 41 anos).

Teve muitas dinâmicas, relatos de experiências, trocas de saberes [...] acontecia uma coisa numa comunidade e daí era relatado no curso e a gente acabava olhando com outros olhos para nossa realidade (Entrevista 13 – ACS, 34 anos).

Ainda que a maioria das atividades fosse desenvolvida em grupo, não eram grupos fixos de uma aula para outra, trazendo, assim, a possibilidade de maior interação entre os ACS. O grupo percebeu a potência do aprendizado compartilhado, onde todos se ajudavam a entender o que estava sendo discutido. Era uma construção coletiva “completamente nova” para esses educandos, que se propunha ao entendimento e à discussão, favorecendo o surgimento de outras ideias.

Muitas coisas nós aprendemos juntos, foi uma construção junta. [...] Não era eu buscar pra mim, era o grupo todo se ajudando a buscar e entender aquele assunto que nós estávamos discutindo, então foi uma prática completamente nova pra mim (Entrevista 5 – ACS, 50 anos).

A gente lia o texto em sala de aula e discutia [...]. Junto com esse texto, muitas vezes, eram passados filmes [...] O que eu via [como] objetivo disso, principalmente dos vídeos/documentário, era que depois a gente discutia? [...] E eu acho que, onde tu vê uma discussão, tu vê um grupo falando, dali saem as ideias? (Entrevista 1 – ACS, 54 anos).

Se por um lado a metodologia era interessante e estimulava o aprendizado, havia o estranhamento do “novo” e a dificuldade do “fazer as coisas em grupo”, com pessoas diferentes. Foi um processo “difícil”, mas que facilitou o desenvolvimento dessa habilidade do trabalhar em grupo.

Até o convívio com os colegas [foi um aprendizado], a gente trabalhava bastante em grupo, né. É bem difícil. Eu não sou muito de fazer as coisas em grupo. [...] Foi difícil, mas acho que ajudou bastante, assim, a desenvolver esse lado (Entrevista 4 – ACS, 45 anos).

Princípios da educação popular de explorar a criatividade e o pensamento livre foram identificados pelos ACS nas atividades do curso, trazendo um sentimento de empoderamento ao educando, pela capacidade de criação vivenciada.

[...] uma das perspectivas pedagógicas da educação popular também trabalha e explora a questão da criatividade, do pensamento mais livre... E essas oficinas são um certo experimento para que isso aconteça. [...] No início, na primeira aula, todos diziam que não eram criativos e tal, mas no final, em um ano e meio, tu vê quanto potente uma pessoa pode ser. Isso até empodera o aluno, vê que é capaz de muitas coisas, inclusive de criar, que é algo que a gente vai sendo podado ao longo da vida (Entrevista 17 – Coordenação pedagógica do curso, 59 anos).

Nesse processo educativo, a relação entre os docentes-facilitadores e educandos não pode ser uma relação hierárquica vertical, mas uma relação horizontal de cooperação e compreensão mútua. De modo geral, a percepção foi de que a interação entre os docentes-facilitadores e ACS era marcada pela troca de ideias, onde o educando questionava e contribuía com seu próprio conhecimento e vivências prévias e os facilitadores também aprendiam com os educandos.

Os agentes comunitários sempre contribuindo bastante [nas aulas]. Não era a facilitadora chegar e falar “é assim, assim”, a gente podia questionar e dar também o apoio do que a gente sabia. Uma troca de ideias (Entrevista 3 – ACS, 43 anos).

Os facilitadores, muitas vezes, estavam vendo aquele filme junto conosco pela primeira vez, para daí em cima daquele filme poder discutir determinados assuntos, determinados temas. Então eu achava muito legal isso porque, como eles mesmos disseram mais de uma vez, que eles estavam aprendendo junto conosco determinados assuntos (Entrevista 5 – ACS, 50 anos).

A gente conseguiu ir percebendo que a gente estava tendo aula com profissionais [...], mas a gente estava aprendendo em cima daquilo que a gente estava passando para eles. [...] Foi um curso que completou as nossas necessidades, as necessidades que a gente tinha. Porque capacitação a gente tinha, vacinas a gente tinha, capacitação de saúde bucal a gente tinha, mas uma capacitação que a gente não entendia nada (Entrevista 9 – ACS, 53 anos).

Para além do ganho de conhecimento técnico, o uso de metodologias ativas permitiu o desenvolvimento de habilidades para lidar com situações de imprevisibilidade e resolução de problemas. Mesmo os ACS mais tímidos, mostraram evolução a cada apresentação em sala de aula, adquirindo um “jogo de cintura” importante para o seu trabalho diário.

Tinha bastante [gente tímida] e [...] a gente pode ver, gradativamente, como eles foram melhorando a cada dia que tinha uma apresentação ou para ler, ler em voz alta, ou para fazer uma apresentação, ou para inventar um verso, conseguimos ver a melhora de cada um [...]. Porque a gente precisa disso, a gente lida com o povo, a gente está em tudo que é situação, então tem que ter um jogo de cintura, eu não pode ser muito tímido, se não vai sair correndo. Na primeira vez que disserem “não” para ti, tu nunca mais volta naquela casa (Entrevista 9 – ACS, 53 anos).

Se trabalhou muito com essa questão de “metodologias ativas do ensino-aprendizagem”, de poder desenvolver a capacidade crítica, reflexiva e criativa. Porque o agente de saúde, ele trabalha num contexto de imprevisibilidade, então acredito que precisa ainda mais de preparo, não só de conhecimento teórico, mas de

habilidade de como lidar com cada situação, de como planejar o seu processo de trabalho, de como interagir e de encontrar alternativas e soluções de alinhamento para as diferentes circunstâncias que se apresentam no dia a dia de trabalho (Entrevista 16 – Gestora municipal de saúde, 42 anos).

Os alunos perceberam vários aprendizados trazidos pela metodologia do curso, principalmente em relação à mudança de percepção da sua realidade. As atividades das ‘Práticas Orientadas’ estão me ajudando a aperfeiçoar os conhecimentos e a capacidade de conseguir ver mais de uma maneira de resolução dos problemas (Portfólio – ACS 13, 34 anos).

Portfólios como instrumento de avaliação das aprendizagens e potencializador da construção do conhecimento

A avaliação das aprendizagens no curso era feita sistematicamente pelo acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem, incluindo a autoavaliação dos educandos. Tinha como objetivo principal auxiliar no aprender, ajudando o educando a visualizar, analisar e acompanhar o seu desenvolvimento no decorrer do curso (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014).

De acordo com exigências do Ministério da Educação (MEC), os educandos tinham que ser avaliados por provas, mas não só por meio dessas. Uma das estratégias avaliativas do curso foi a construção de portfólios individuais como registro do processo de ensino-aprendizagem ao longo da formação. O processo de avaliação, portanto, era constituído por três momentos: portfólio, prova e participação em aula. O portfólio era o responsável pela metade da nota final (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014).

Desde o início, os agentes de saúde foram informados que o método de avaliação deles ia ter que ter um momento de prova, porque hoje, pelo MEC, para certificar o Projeto Pedagógico, tinha que atribuir uma nota. A gente também atribuía uma nota ao portfólio. Então, a nota deles era dividida em três partes: portfólio, prova e participação em aula. [...] O portfólio tinha o maior peso, tinha peso 5 de 10, mais 2 de participação e 3 na prova. Então, o grande peso mesmo ali, era a questão da participação e do portfólio (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Os ACS tiveram um estranhamento inicial, já que não estavam familiarizados com o portfólio. “[...] eu nunca tinha escutado essa palavra – portfólio” (Entrevista 5 – ACS, 50 anos).

Apesar desse estranhamento, em pouco tempo, os ACS foram atribuindo significado aos registros do portfólio. “Com o portfólio, eles [os docentes-facilitadores] tinham noção do que a gente estava aprendendo e o que não estava aprendendo. Como é que eles iam avaliar do que tu estava evoluindo ou não sem o portfólio?” (Entrevista 2 – ACS, 54 anos).

A base de construção do portfólio era o registro do processo de aprendizagem, e os ACS tinham liberdade para fazer esses registros, podendo expor sentimentos ou ideias que não conseguiriam expressar nas atividades presenciais. A linguagem usada no portfólio é a linguagem da pessoa que o escreve, portanto, traz mais intimamente de seu aprendizado. Os Agentes, inclusive, se identificavam mais com essa escrita do portfólio do que com outros materiais didáticos disponibilizados pelo curso, quando precisavam rever os conteúdos.

[...] nós que colocamos aquela informação ali, então fica muito fácil eu retornar naquele assunto por que é a minha escrita ali, é o meu pensamento. Então eu leio meia dúzia de palavras e o assunto já me retorna... do que se eu tivesse que pegar no meu próprio livro do curso e buscar? Que é uma fala diferente, é uma escrita diferente... então, assim, muito legal o portfólio. É uma ferramenta que a gente tem para o resto da vida? E é uma coisa que fomos nós que criamos então, muito legal. Eu tenho até ciúmes do meu (Entrevista 5 – ACS, 50 anos).

[...] colocar os meus trabalhos, muito do meu pensamento e do que eu sinto e do que eu vejo e colocar aquilo ali sobre algum tema [...], tanto que muitas coisas foram muito pessoais, minhas. [...] E foi uma coisa, assim, não sei se é o correto para o portfólio, mas acho que foi uma coisa que foi vista pelas gurias em todos os momentos, em nenhum momento elas disseram que “não pode ser dessa maneira”, muito pelo contrário. Elas diziam que o portfólio era da gente e a gente fazia como queria e acho que foi bem. [...] Eu acho que o verdadeiro significado dele é por tudo que eu penso ali (Entrevista 10 – ACS, 35 anos).

A gente teve uma experiência exitosa com esse tipo de metodologia [de portfólio], até porque, pela metodologia que o curso se propõe, uma metodologia ativa e aí, então, não tinha como fugir disso de fazer um portfólio. É, de certa forma, uma coisa mais lúdica do trabalho deles. Era a forma como eles tinham de expressar algumas coisas que às vezes não iam conseguir ser expostas se não tivesse sido feito dessa forma. No portfólio, tu tem uma liberdade maior para expor as coisas, então, foi uma experiência boa (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Expressões de um processo educativo para o trabalho e para a vida

Na percepção dos ACS, a formação no curso técnico agregou conhecimentos e informações que facilitaram a abordagem e orientação às famílias, melhoraram sua habilidade de comunicação, ampliaram o conceito de saúde incluindo os determinantes sociais do processo saúde-doença, preparando-os para lidar com problemas complexos, o que trouxe segurança e confiança ao trabalho na APS.

Ter o conhecimento facilita muito na hora de abordar a família, nos traz mais segurança e confiança para realizar nosso trabalho dentro e fora da unidade. Saber os caminhos por onde percorrer faz toda a diferença. Precisamos ter o conhecimento para nos auxiliar e orientar sempre que é necessário. A falta de informação correta nos torna impotentes diante de situações vividas no cotidiano (Portfólio – ACS 12, 41 anos).

O que a gente pode encontrar dentro da família, eles te preparam para abuso de criança, te preparam para mulher que apanha, mulher que tem violência doméstica... Onde levar, orientar a pessoa aonde ir... Isso foi muito rico, porque esse debate que a

gente vai debatendo, a gente vai crescendo e vai descobrindo formas de como melhorar o nosso atendimento. Eu uso muita informação ainda hoje, para conversar com eles [os usuários], para explicar... O diabetes, por exemplo, que ele não entende. A insulina é uma chavezinha que vai abrindo a célula, levando energia, por isso você se sente cansado. [...] carteirinhas de idoso, de criança, de hiperdia, a gente entende melhor. Aquela curvatura da evolução do bebê, eu não tinha muita noção. Depois que tu vê e tu entende como ela funciona, é fácil. Até para as mães, né. Explicar que o filho está evoluindo bem, está dentro do peso (Entrevista 2 – ACS, 54 anos).

[...] a gente não tem aquela visão só da saúde, a gente tem a visão de legislação, de direitos, né? [...] a visão que eu tenho de doença hoje, que a maioria dela vem de problemas sociais, psicológicos, né? Problemas que tu traz na família, no ambiente de trabalho, no ambiente, no todo, no meio-ambiente? Então eu acho que o curso técnico nos mostrou isso aí (Entrevista 1 – ACS, 54 anos).

O acompanhamento das famílias por meio de visitas domiciliares, também foi uma atribuição ressignificada a partir da vivência no curso. Os ACS passaram a observar e perguntar mais, “ver as pessoas”, percebendo o contexto de cada família, na singularidade de cada casa. Assim, a visita domiciliar passou a ser um “universo de possibilidades” (Portfólio – ACS 12, 41 anos).

Hoje eu sei que cada casa é uma casa e quais são as prioridades que eu tenho que olhar, então mudou o olhar, a visão dentro das casas mesmo. Até então era tudo igual e eu não via a diferença, antes do curso né, depois do curso não, a gente começou a ver que cada casa tinha a sua peculiaridade, tinha as coisas que tu tinha que focar mais, tinha que observar, tinha que perguntar, tinha que olhar. Mudou totalmente o olhar (Entrevista 12 – ACS, 41 anos).

[Aprendi que] na visita que a gente vê as pessoas, assim, não só naquele problema que ela está trazendo inicialmente; [precisamos] pensar mais a fundo, com mais integralidade, num todo, o que tem por trás de tudo disso, como é a vida daquela pessoa, qual a sua história, como ela vive, como é a família dela; isso, não olhar pessoas só com aquele olhar limitado, olhar ela, assim, com uma visão ampliada (Entrevista 7 – ACS 44 anos).

Uma das perspectivas que eu tive, assim, é de saber chegar lá na minha área de atuação, em determinada família, e conseguir olhar e enxergar o que pode estar acontecendo. O que pode estar por trás daquela doença, daquela enfermidade, daquela pessoa e trazer isso para os profissionais aqui da unidade. Para daí sim, juntos poder traçar plano terapêutico [...]. Então acho que essa é a grande sacada da mudança de visão, até então eu levava informação daqui para lá (Entrevista 5 – ACS, 50 anos).

[A VD] não é simplesmente uma visita formal, é uma visita que ele vai ter que fazer um olhar em todo o contexto, as questões do meio ambiente, as questões sociais, as questões do sistema familiar o que está implicado ali, quais são os emaranhamentos que tem naquele contexto e que está influenciando no processo saúde/doença. Então, essa capacidade, essa consciência mais ampla do seu papel é super importante. Eu acredito muito na atuação do agente comunitário de saúde, mas para isso ele precisa estar preparado, saber o que fazer em cada situação. O curso técnico, ele traz essa preparação, ele traz essa qualificação e facilita o trabalho, porque é um trabalho bem difícil, bem complexo (Entrevista 17 – Coordenação pedagógica do curso, 59 anos).

Apesar de terem a equipe para compartilhar, os ACS entendem que seu trabalho é solitário, pois quem está na casa da pessoa, em contato próximo com as famílias, é ele. Após a conclusão do curso, esses profissionais sentem-se mais “tranquilos”, sabendo lidar melhor com as frustrações, evitando “entrar em sofrimento”, pois entenderam as limitações de seu trabalho e não se sentem mais culpados quando não conseguem a resolução dos problemas das pessoas.

[O trabalho do ACS] é um trabalho solitário, [...] algumas coisas tu consegue resolver e o que te frustra é aquilo que tu não conseguisti. Mas com o curso tu fica [pensando] que não era a tua competência, [...] posso trabalhar tranquila no sentido, assim, o que eu posso fazer eu posso fazer, o que eu não posso, eu tenho que compartilhar, eu tenho que buscar ajudar e não entrar em sofrimento por conta desses problemas (Entrevista 14 – ACS, 55 anos).

Tu é uma pessoa só, às vezes, para lidar com 500, 600 pessoas, e cada um tem um problema, e eles querem que tu dê a solução [...]. O nosso trabalho é um trabalho de formiguinha, tu evolui uns 10 passos, daqui a pouco volta quatro para trás, mas vamos lá. Essa perspectiva mudou muito. Eu achava que as coisas só iam para frente. Isso mudou bastante na minha visão. [...] Para mim está melhor, daí eu não saio daquela casa chorando, pensando “meu Deus o que eu podia fazer por essa pessoa”. E me sinto mais tranquila agora (Entrevista 3 – ACS, 43 anos).

Deu uma estrutura né, porque às vezes a gente pega casos bem difíceis. [...] Mas se a pessoa não quer, não adianta. Essas limitações que a gente tem no dia a dia, isso o curso me ajudou a me estruturar (Entrevista 2 – ACS, 54 anos).

Outro aspecto que merece destaque no significado dessa formação, foi a compreensão do papel e das atribuições do ACS na equipe da ESF, o que era uma das intencionalidades pedagógicas do curso.

Partimos do pressuposto de que eles [ACS] tinham que se entender como profissionais de saúde e daí entender seu papel. [...] A ideia do curso era isso: profissionalizar esses profissionais, eles se entenderem como trabalhadores da saúde (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Antes de realizarem o curso, os ACS acreditavam que suas atribuições eram cadastrar os usuários e oportunizar o acesso das pessoas à Unidade de Saúde, um “carregador de informações” do serviço aos usuários.

Até então a gente sabia [...] que tinha que cadastrar eles [os usuários], que tinha que dar oportunidade de eles ter acesso à unidade. Tínhamos que ajudar eles a virem até a unidade, a acessar a unidade. Só que [...] a gente achava que nós éramos mais um carregador de informação daqui para lá do que trazer a informação de lá para cá (Entrevista 5 – ACS, 50 anos).

Com a formação técnica, a percepção ACS sobre seu trabalho se transforma, passa a envolver as ações de educação e promoção da saúde das pessoas, famílias e comunidade, a orientação, evitando práticas vistas como “paternalistas”, de acompanhar as pessoas em consultas e exames, do “fazer” pelo outro.

[...] tenho é que fazer com que eles [os usuários] percebam que são responsáveis pela sua saúde, pela saúde do coletivo deles, e que assim, eu tenho que conseguir fazer que eles entendam que eles têm que se ajudar hoje para que não sofram mais adiante. Então, através de educação e saúde, alimentação mais saudável, práticas de exercícios... a cuidar do seu ambiente, seja do seu pátio, da sua rua, fazer com que a comunidade se integre mais em cuidar determinados fatores de risco que possam ter no seu território ali, num território que é deles, né? Para que, aí sim, essa família, essa comunidade possa chegar daqui um tempo com mais saúde, evitando muitas coisas que hoje a gente tem que tratar, né? Que é os AVCs e coisa e tal. Tem que tentar evitar isso. Então essa é a visão que eu tenho hoje (Entrevista 5 – ACS, 50 anos).

Quando eu comecei, [...] fui muito paternalista, fui com as pessoas ao médico, fazer exame [...] Eu queria sempre poder ajudar as pessoas dessa maneira, parece que eu tinha sempre que retribuir com alguma coisa, sem ser com a orientação. Alguma coisa palpável. Aí depois do curso que entrou na minha cabecinha que não, que [o papel do ACS é] levar a informação da unidade e poder auxiliar a pessoa, e a pessoa buscar o caminho que ela tem que ir, o caminho que ela tem que ir, se dirigir... não eu fazer por ela (Entrevista 3 – ACS, 43 anos).

O meu trabalho antes do curso, era um trabalho de agente comunitário de saúde que fazia tudo, eu vinha, eu pedia, levava para fazer exame. Sabe? Pegava meu carro, levava para fazer exame, buscava para trazer no posto, fazia e acontecia e fazia tipo um trabalho de assistente social junto. E o meu trabalho, depois do curso, hoje, é explicar para as pessoas, é chegar naquela senhorinha que eu peguei e levei para fazer exame e dizer para ela “oh, a senhora e o seu marido não têm como ir, mas eu sei que a senhora tem um filho que mora ali e ele tem um carro, ele pode sim. [...] Eu estou aqui fazendo o meu trabalho, eu não posso sair do meu território (Entrevista 9 – ACS, 53 anos).

Esse entendimento gera nos ACS um sentimento de pertencimento à equipe, “parte da equipe” (Entrevista 3 – ACS, 43 anos), com maior “abertura para falar, dar opinião, trazer o ponto de vista do usuário” (Entrevista 8 – ACS, 31 anos), onde “não tem ninguém melhor do que ninguém” (Entrevista 5 – ACS, 50 anos). Os ACS perceberam que os colegas da equipe também conseguiram vê-los como “profissionais da saúde” e não “mais como um menino de recados” (Entrevista 5 – ACS, 50 anos), valorizando o conhecimento trazido pelo Agente e o papel desse profissional no processo de cuidado em saúde.

O conhecimento adquirido no curso tornou os ACS profissionais mais críticos e questionadores, o que trouxe repercussões ao próprio funcionamento dos serviços por meio da utilização de novas “ferramentas de trabalho”, contribuindo com as “reuniões de equipe, na organização do plano de ação da Unidade, na interação com a comunidade” (Entrevista 3 – ACS, 43 anos).

Acredito que [o ACS] tenha se tornado mais crítico, mais questionador dentro da própria equipe. [...] Ele vem, com certeza, influenciando na mudança do modelo de atenção que se preconiza no SUS. Então, na medida em que o agente está mais qualificado, está profissionalizado, tem consciência da importância do seu trabalho, sabe o seu lugar, sabe o seu papel... com certeza ele vai está influenciando na mudança de todo o modelo de atenção e saúde da equipe (Entrevista 16 – Gestora municipal de saúde, 42 anos).

Para além das mudanças no próprio Agente Comunitário, as atividades teórico-práticas do curso desenvolvidas nas Unidades de Saúde, desacomodavam as equipes, criavam conflitos e faziam com que houvesse um repensar do processo de trabalho, mesmo para os ACS que não realizaram o curso.

[...] a partir do momento que eu coloco os agentes comunitários de saúde para fazer algumas atividades [no campo] que eram chave, e mexiam e até criavam conflitos nas equipes, para se repensar no processo de trabalho. [...] isso fez com que quem não quis fazer o curso na época, também se desacomodasse. Então assim, gerou uma desacomodação geral nas equipes, que era esse o intuito, o de desacomodar algumas coisas para dar alguns outros processos (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Os ACS relataram que o curso extrapolou os ganhos técnicos com o fazer relacionado à profissão, acrescentando também nas habilidades interpessoais, pois se tornaram seres humanos melhores, mais calmos, com mais empatia pelo outro. “Eu mudei muito, melhorei muito, como ser humano também. Quando mais tu aprende, mais tu melhora” (Entrevista 2 – ACS, 54 anos). “A gente aprendeu muito a empatia, que se diz, colocar-se no lugar do outro, isso a gente aprendeu muito também” (Entrevista 9 – ACS 53 anos). “[Antes do curso] eu acabava afastando as pessoas com o meu jeito de ser, brigava muito com as pessoas [...] porque eu não tinha o filtro mesmo, sabe?” (Entrevista 11 – ACS, 32 anos).

As reflexões trazidas pelo curso sobre temas polêmicos – usuários de drogas, violência contra mulher, machismo, feminismo, bolsa família – foram decisivas para os ACS se despissem de seus “preconceitos”, do “pré-julgar” e, por isso, sentiram mais facilidade em lidar com as pessoas, a “ver o outro, humano”.

[Com o curso] tu começa a te despirm dos preconceitos, tu começa a ver o outro, humano. “Ah, hoje ele não está bem, amanhã a gente conversa”. Não levar para si o que o outro falou, não se ofender com o que o outro disse, porque ele é um ser humano (Entrevista 2 – ACS, 54 anos).

A gente sentiu muita dificuldade com o curso, com alguns temas mais polêmicos... e ver como eles tem dificuldade de se libertar de alguns preconceitos, assim, contra usuários de drogas, a questão da violência contra a mulher, a questão do machismo, do feminismo, a dificuldade grande que tem. A gente viu a evolução em algumas

unidades onde os territórios são mais rurais, onde tem uma população mais antiga que os agentes de saúde reproduzem alguns discursos horríveis, vamos assim dizer, de machismo, enfim. [...] Quando a gente chegou nessa parte da legislação na questão de benefícios, bolsa família, também foi bem difícil, as pessoas imbuídas de alguns preconceitos com relação a isso. Então, a gente teve dificuldade também com essas temáticas, assim, porque primeiro eles tiveram que se despir dos preconceitos deles, do prejulgar (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Para os gestores, foi muito gratificante participar desse crescimento pessoal dos educandos. Fazer parte desse processo educativo dos ACS também os fez melhorar “enquanto ser humano, enquanto pessoa”. Uma formação que “não foi para trabalho, foi para a vida”.

Muitos me falaram que esse curso não foi para trabalho, foi para a vida, então, pra minha vida também. Vou te dizer que foi uma experiência que acho que nunca vou ter igual na vida. Eu ganho é isso, é saber que eu mudei a vida das pessoas, de saber que a gente mudou a vida de pessoas. [...] [Vimos] a evolução das pessoas enquanto pessoas, eu tenho certeza que eu saí uma pessoa diferente, as pessoas que foram envolvidas no curso também me agradeceram por ter entrado nessa loucura. Porque todos nós aprendemos. [...] O retorno que tu tem, não tem como tu medir, eu não conseguiria te mensurar em palavras o retorno que eu tive em relação a isso, mas eu posso te dizer que eu evolui enquanto ser humano, enquanto pessoa (Entrevista 15 – Gestor municipal de saúde, 34 anos).

Desafios que marcaram o processo educativo: o que pode qualificar uma proposta de formação para o ACS

Desafios fizeram parte do desenvolvimento do curso. Gestores e ACS perceberam dificuldades com determinados docentes-facilitadores na compreensão na metodologia das aulas propostas, aulas essas que, por vezes, se mostraram desorganizadas, apesar do auxílio pedagógico recebido da gestão do curso.

A gente teve algumas dificuldades com alguns facilitadores no decorrer do percurso. Por incrível que pareça, a gente sempre capacitava os facilitadores antes de um novo livro. A gente apresentava para eles o novo livro que estava vindo, mas a gente sentia uma dificuldade muitas vezes maior dos profissionais do que dos ACS em determinadas atividades. Até na compreensão do como fazer (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Tinhas certas coisas que [os facilitadores] patinavam, foi como eu te disse é como se eles não tivessem preparados, pensado no decorrer do que nós faríamos na rua, botava nossa realidade dentro do livro e meio que patinava. Entendeu? Muitas vezes aconteceu isso, de a gente ter hoje uma aula, que tu pensa assim “bom, foi concluído, legal, beleza, produtivo”, só que semana que vem vemos a mesma coisa que a gente falou, não evoluiu. Isso que eu vejo que poderia ter sido melhor. Tinha professores que às vezes não sabiam o que iam fazer lá na frente... claro dava uma lida ali na apostila e falavam para a gente, mas não era aquela coisa assim, que já veio preparado para dar aquela aula para nós; foi bem bagunçado no começo, bem desorganizado. [...] Porque a pessoa lá na frente precisa passar segurança para quem está aqui atrás e é isso que faltava no começo, entende? [...] Acho que eles não conversavam entre eles, não estipulavam algumas regras entre eles para poder passar pra gente e isso foi o que eu acho que pecou bastante. [...] Só que é de novo aquela questão da organização, primeiro falam uma coisa depois falam outra, aí tu começa a

fazer do jeito que foi falado, tu começa a não agradar quando vê é descontado ponto porque tu está fazendo errado, só que foi assim que foi me passado e não é uma pessoa que fez errado, tipo, foi a sala inteira. Isso que bem para o fim se tornou cansativo (Entrevista 11 – ACS, 32 anos).

Essa dificuldade dos docentes-facilitadores acabou se refletindo na didático de ensino do curso. Em determinados momentos da formação os ACS perceberam que houve um tempo excessivo de discussões de determinadas temáticas sem uma finalização ou ausência de entendimento do objetivo do uso da metodologia ativa.

Só que tem que rever algumas matérias, tipo assim, para muitas vezes não ficar ‘enchendo linguiça’. [...] Ficar muito tempo debatendo uma coisa, discutindo um assunto que não vai te levar a nada... discutir, discutir e ficar naquela discussão. Não foi levada nenhuma solução, nenhuma ideia nova, para nenhum lugar, ficou ali aquela discussão, e ficou muito tempo sobre aquilo ali (Entrevista 3 – ACS, 43 anos).

[...] a gente tinha que, tipo, fazer um teatro ou alguma coisa assim que eu achava desnecessário. Daqui a pouco para os outros é bom porque eles conseguem entender melhor o que a gente está querendo passar, mas eu acho que poderia ser de outra forma... a gente mesmo explicando que nem eu to falando contigo assim (Entrevista 7 – ACS, 44 anos).

Também os supervisores que acompanhavam os ACS nas Unidades de Saúde mostraram dificuldades no entendimento das atividades que eram propostas pelo curso, o que acabou causando conflito entre esses supervisores e os ACS.

[...] atividades que tinham que fazer de campo que a gente explicava também em aula e os agentes imergiam tanto no assunto, eles tinham vontade de fazer tantas coisas que era objetivo, que por vezes os supervisores não tinham o mesmo entendimento, então, dava um certo conflito (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Os supervisores ainda deveriam acompanhar a construção dos portfólios dos ACS, o que nem sempre ocorria. Houve relatos em que os supervisores “nunca olharam, nunca nem bola deram” (Entrevista 6 – ACS, 52 anos), o que gerou um sentimento de tristeza no ACS.

Os desafios apresentados pelos gestores e ACS expressam, assim, a necessidade de qualificação dos educadores para atuarem em propostas educativas caracterizadas pelo incentivo à utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem-avaliação.

Curso técnico enquanto experiência e a perspectiva da educação permanente

A formação no curso técnico durou um ano e meio, constituindo-se em uma experiência que marcou seus participantes. Uma das marcas dessa experiência foi a

solenidade de formatura que ocorreu ao final do curso. Os ACS nunca haviam imaginado usar uma toga, e muitos foram os primeiros da família a ter uma cerimônia de formatura. Foi um momento de intensa emoção para os envolvidos, afetando não só a vida profissional, mas também a pessoal.

A formatura com toga, que eu jamais imaginei que fosse usar uma toga na minha vida! Eu vi minha filha e minha netinha gritando “Dá-lhe minha vó, essa é minha vó!” [chorando]. Foi um dos momentos mais bonitos da minha vida toda! (Entrevista 2 – ACS, 54 anos).

O que marcou mesmo foi a formatura, né? Poder chegar lá e saber, assim, que a gente conseguiu! [...] porque não foi nem uma nem duas vezes que deu vontade de parar. Por motivo de cansaço, por motivo de que a gente não estava conseguindo acompanhar, então foi várias vezes que veio o pensamento de desistir (Entrevista 5 – ACS, 50 anos).

[...] o curso me trouxe o meu primeiro diploma técnico, me trouxe uma coisa que eu nunca achei que eu ia fazer na minha vida que era vestir uma toga, ter uma formatura [...] agora eu tenho um curso técnico (Entrevista 9 – ACS, 53 anos).

A metodologia utilizada nas aulas, relacionando teoria e prática, com atividades práticas e saídas de campo, também foi trazida como marcante na experiência. Uma das saídas de campo, onde os ACS conheceram territórios com realidades distintas e desiguais, se destacou entre as atividades do curso.

O que marcou [...] foi a visita de campo que a gente foi em outros territórios, que a gente trocou. Teve uma equipe que veio aqui um dia e a gente foi lá e daí a gente conheceu toda a unidade e conheceu o território delas, isso marcou e ficou muito importante, porque assim a gente pegou a água com o vinho, isso marcou (Entrevista 9 – ACS, 53 anos).

Teve uma coisa que foi interessante também, que foi a visita aos territórios. A gente pegou esses territórios extremos, bem vulneráveis, e outros territórios para o colega entender como é o trabalho do outro. Porque eu aqui tenho uma área de invasão, uma periferia e em compensação eu tenho uma parte lá em outra unidade que é só asfalto, prédio, casas, mansões. Esse contraste de territórios próximos, bairros próximos, mas os contrastes e também entender os contrastes dentro de um mesmo território (Entrevista 15 – Gestão municipal de saúde, 34 anos).

Para os ACS que estavam ingressando na profissão, fazer o curso trouxe a possibilidade da descoberta pela “paixão”, o “brilho no olho” que esses profissionais tinham por seu trabalho na ESF, que não era inicialmente compreendido por esse grupo. Com a convivência junto aos demais colegas e aprendizados trazidos pelo curso, o sentimento do “gostar do que faz” foi se ampliando e passou a ser parte do coletivo.

Eu acho que [o que me marcou] foi essa parte da paixão, porque eu não entendia esse gosto que as pessoas tinham quando falavam da Estratégia Saúde da Família que chegava a brilhar o olho. Para mim era só mais um serviço que eu recebia o salário, ia lá, fazia visita [...] e [ganhava] a remuneração. Era mais um trabalho. E depois eu descobri de onde é que vinha essa paixão. [...] Depois que fiz o curso, eu comecei a sentir essa paixão pela saúde da família que eu vejo nas pessoas, aí eu comecei a pegar o gostinho (Entrevista 8 – ACS, 31 anos).

Os gestores trouxeram como significativa a sensação de dever cumprido, pois mesmo com as dificuldades que encontraram no percurso, o entusiasmo dos ACS os fez seguir em frente sempre, tornando-se um projeto “contagante”.

[O mais marcante foi] o sentimento de missão cumprida, de ter apoiado, de ter contribuído de certa forma, talvez não tanta quanto gostaria, mas poder ter tornado viável o projeto, de ter acreditado que o projeto seria possível. Realmente, lá no início, de tão complexo que era, era algo novo, a gente se perguntou “será que isso é possível?”. Então, diante de todo o desafio que foi o início e de todo o resultado que o curso trouxe a sensação é gratificante, é de gratidão a todos os profissionais envolvidos e sensação de missão cumprida. [...] Apesar das dificuldades, apesar da falta de recursos, [tiveram] toda a força de vontade para fazer acontecer. E acredito, também, muito movidos pelo entusiasmo dos agentes que aderiram muito bem. Participavam, não faltavam, aderiram toda proposta de trabalho, trouxeram resultado, foram desenvolvendo suas habilidades, seus conhecimentos e foi um projeto muito contagiante (Entrevista 17 – Coordenação pedagógica do curso, 59 anos).

A parceria e o companheirismo entre os colegas de curso e desses com os docentes-facilitadores, e também a troca de conhecimento entre as pessoas, marcaram a experiência da formação.

[Me marcou] a parceria. As profes, o cuidado que elas tiveram, entende? O aprendizado, claro, sempre, mas eu acho que toda a companhia, toda a parceria, por que todo mundo era parceiro de todo mundo (Entrevista 10 – ACS, 35 anos).

[O que me marcou foi] essa troca de conhecimento, assim sabe, entre os colegas, com os professores, com as enfermeiras que tavam ali, facilitadoras, essa troca toda, isso que me... assim sabe, a troca de saberes entre um e outro isso foi o que mais ficou, eu penso (Entrevista 7 – ACS, 44 anos).

Os ACS relatam que gostariam de continuar a educação permanente, para que não fiquem no ato “mecânico” da repetição de tarefas (Entrevista 6 – ACS, 52 anos) ou “só falar sobre casos” e sigam “trocando ideias”, “aprimorando” seu trabalho (Entrevista 3 – ACS, 43 anos) e “mudando o dia-a-dia” (Entrevista 10 – ACS, 35 anos). Fazer o curso trouxe “aprendizado” e abriu um “leque” de possibilidades, despertando o desejo de ler as obras de Paulo Freire e até de fazer um curso de nível superior.

Eu quero voltar a estudar de novo. [O curso] me abriu um leque, assim, muito grande, foi um aprendizado muito grande. Quero, a partir desse ano, começar a ler as obras do Paulo Freire, que ele é um grande incentivador da estratégia da família. [...] Vou fazer o ENEM agora em 2018, e provavelmente vou continuar, quero continuar estudando! Sim, se eu conseguir bolsa, eu vou fazer “Assistente social”. Isso me interessa muito (Entrevista 2 – ACS, 54 anos).

Gosto da área da saúde, gosto mesmo, porque a gente está sempre aprendendo; mas agora eu me interessei mais ainda para fazer um curso de enfermagem porque é uma coisa que tu nunca fica com a cabeça parada, tu nunca para no tempo com aquilo ali, a cabeça sempre em atividade e eu gosto de ocupar minha cabeça com essas coisas (Entrevista 11 – ACS, 32 anos).

Ao final da formação, o sentimento dos ACS foi de gratidão por terem vivenciado essa experiência educativa marcada pelo aprender com “prazer” e “significado”, que se refletiu no querer melhorar o fazer profissional.

[Sinto] gratidão aos professores, gratidão aos colegas [...]. Porque no momento que tu está aprendendo com prazer, sabendo o significado daquilo [...] eu acho que é bem gratificante, querer melhorar, ter uma profissão, e do sentimento que tu tem daquilo ali, de tu estar na profissão e tu gostar de estar ali, tu gostar de fazer, sabe? (Entrevista 14 – ACS, 55 anos).

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como tema central a análise do significado da experiência do processo educativo em curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) a partir da percepção de educandos e gestores.

A perspectiva teórica utilizada para a análise foi a da fenomenologia enquanto estudo da significação e das essências (MERLEAU-PONTY, 2006), baseada nos conceitos de percepção, experiência e vivência. A percepção é a maneira como as coisas chegam até nós por meio dos nossos sentidos. As informações trazidas pela percepção deveriam estar em um lugar de destaque, pois elas permitem uma verdade mais autêntica do que aquilo que se constrói pelo pensamento, que é frequentemente o mais valorizado. A percepção não é uma construção, mas um modo de sentir o mundo (MATTHEUS, 2011).

Já a experiência foi definida por Larrosa Bondía (2002) como “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca” (p. 21). As pessoas passam por muitos acontecimentos ao longo do dia, mas nem todos vão realmente tocá-las e tornar-se-ão experiências. A experiência é algo totalmente individual, sendo que o mesmo acontecimento pode ter ocorrido a diversas pessoas, no mesmo local, ao mesmo tempo, mas cada uma delas teve uma experiência distinta, única, particular, ou pode nem ter tido uma experiência (LARROSA BONDÍA, 2002). Para que exista a experiência, é necessário, portanto, que exista a pessoa, já que a experiência é relacionada diretamente aos sentimentos e sensações. Para que ela ocorra, também é necessário tempo. Tempo para pensar, olhar, escutar e sentir (MATEUS, 2014; PIRES, 2014).

A análise de conteúdo dos portfólios dos ACS e das narrativas produzidas pelas entrevistas de educandos e gestores mostrou, neste estudo, experiências vividas por um processo educativo com significados expressos pela metodologia do processo ensino-aprendizado-avaliação, companheirismo e amizade entre colegas e docentes-facilitadores. Destaca-se, nesse processo, a representação do momento da solenidade de formatura dos ACS no curso, vestindo a toga e recebendo o diploma.

A experiência educativa trouxe a qualificação do trabalho dos ACS, agregando conhecimentos e informações no que se refere à abordagem e orientação às famílias, no momento das visitas domiciliares e possibilitou a ampliação do conceito de saúde desses profissionais, incluindo os determinantes sociais do processo saúde-doença. Foram aprendizados que trouxeram “mais segurança e confiança”, mais preparo para lidar com situações complexas e frustrações inerentes ao processo de trabalho.

O sentimento de sobrecarga emocional e sofrimento que os ACS relataram antes do curso podem estar ligados a atribuições profissionais muito amplas e pouco delimitadas (TOMAZ, 2002), fazendo com que haja uma distorção de seu papel profissional. Não é incomum que toda e qualquer ação relacionada às famílias e ao território seja atribuída ao ACS, além das atividades burocráticas que deveriam ser atribuições compartilhadas entre todos os profissionais da equipe de saúde. Aliam-se a esse cenário de trabalho dos ACS, treinamentos pontuais e fragmentados, fora do contexto e sem uma sequência lógica, por essa falta de delimitação clara de suas atribuições e até entendimento de sua própria função (TOMAZ, 2002; WAI; CARVALHO, 2009; MOTA; DOSEA; NUNES, 2014; ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016). Ter experienciado o curso mostrou-se um facilitador no reconhecimento das atribuições do ACS na equipe e nos limites das intervenções realizadas e envolvimento com os usuários.

É um resultado que se alinha à proposta de educação problematizadora do curso, valorizando as metodologias ativas de ensino-aprendizagem-avaliação. Proposta essa que foi considerada, tanto pelos ACS quanto gestores, um grande diferencial do processo educativo do curso. Na metodologia tradicional de ensino, aquela de “sentar e copiar do quadro”, o educando é um mero expectador, permanecendo em posição passiva de absorver e repetir conhecimentos transmitidos pelo professor, sem desenvolver a crítica e a reflexão (MITRE et al., 2008). As metodologias usadas nas atividades de ensino do curso pretendiam colocar de lado o pensamento puramente concreto do educando e fazer aflorar a criatividade, os sentimentos e a percepção do que lhes acontece, sem perder a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.

Trata-se de uma opção metodológica que tem como base a teoria da pedagogia problematizadora de Paulo Freire (FREIRE, 2006; STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010), entendendo a educação como um processo de permanente busca do conhecimento, opondo-se à educação bancária, caracterizada pela falta de criticidade do conhecimento. A ação de problematizar, para Freire, acontece a partir da realidade que cerca o sujeito, a partir de sua *práxis*. Nessa ação, o sujeito busca soluções para a realidade em que vive, tornando-o capaz de transformá-la pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma e vai identificando novos problemas num processo ininterrupto de busca e transformação (FREIRE, 1996; ZANOTTO; ROSE, 2003; MITRE et al., 2008).

A problematização apresenta um caráter político e é importante no desenvolvimento da postura crítica do educando, já que os problemas a serem estudados são intencionalmente obtidos a partir da observação da realidade, com todas as suas complexidades (CYRINO;

TORALLES-PEREIRA, 2004; GEMIGNANI, 2012; BERBEL, 1998). Está apoiada no processo de aprendizagem pela descoberta, de forma que os conteúdos não são oferecidos aos educandos em sua forma final. Esses recebem os conteúdos em forma de problemas para que façam suas descobertas e construção de conhecimentos, sempre levando em conta suas vivências prévias. Estabelece-se, portanto, na premissa de que a construção do conhecimento ocorre a partir da vivência de experiências com aprendizados significativos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

A aprendizagem significativa é mais do que uma acumulação de fatos que permite um aumento de conhecimento. É, sim, uma aprendizagem que promove mudanças, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação futura que escolhe ou nas suas atitudes e personalidade, contribuindo para a modificação de seu entorno (ROGERS, 2001; STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010).

Além de aprender conhecimentos voltados ao fazer da profissão, o curso técnico trouxe como diferencial a preocupação de oportunizar aos educandos uma prática pedagógica capaz de educar um ser ético, histórico, reflexivo, transformador e humanizado (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004; GEMIGNANI, 2012). Nos relatos sobre o curso, os ACS se perceberam seres humanos melhores, com maior capacidade de empatia pelo outro, a partir do curso.

Essa possibilidade de o profissional da saúde assumir a perspectiva do outro no processo de cuidado, caracterizando a empatia, pode influenciar na qualidade da relação profissional da saúde-usuário (STRECK, 2016; PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JUNIOR, 2016) e na capacidade da produção do vínculo entre ambos. O vínculo, enquanto tecnologia relacional, destaca-se no processo de cuidado por favorecer a mudança do modelo de atenção centrado na doença para um modelo centrado na pessoa (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Já as metodologias ativas de ensino-aprendizagem-avaliação presentes ao longo de todo o processo educativo permitiram aos ACS, que ocupassem a posição de protagonistas em relação ao seu aprendizado, sendo estimulada a curiosidade (CARDOSO et al., 2017; GEMIGNANI, 2012) e a tomada de decisões pela ação-reflexão-ação (FREIRE, 2006; BERBEL, 1998), além de aprimorar habilidades sociais importantes no trabalho do ACS (BORGES; ALENCAR, 2014). Tais características são importantes pensando que esse profissional que tem um contexto de trabalho marcado pela imprevisibilidade e precisa não só de conhecimento teórico, mas de habilidades para lidar com a singularidade de cada situação.

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem mobilizadas no curso por meio de dinâmicas, discussões, produções textuais em grupo, oficinas, teatros, paródias e relatos de

experiência, possibilitaram aprendizagens efetivas em que o ACS, além de ouvir, também falasse, perguntasse, discutisse, refletisse, buscasse, ensinasse, construindo e compartilhando, dessa forma, seu conhecimento, ao invés de absorvê-lo de forma passiva (BARBOSA; MOURA, 2013; MEYERS; JONES, 1993).

Na percepção dos ACS e gestores, a metodologia causou um estranhamento ao ser apresentada, uma vez que os ACS, ao iniciarem o curso, imaginaram que teriam aulas expositivas tradicionais. A figura do docente-facilitador, da mesma forma, precisou de um tempo de adaptação do grupo, uma vez que os ACS tinham a expectativa de que os facilitadores tivessem características de um professor detentor e distribuidor de conhecimento, relatando que “a pessoa que está lá na frente precisa passar segurança para quem está lá atrás” e que os facilitadores, por vezes, “pareciam não ter preparado a aula”. Conforme as atividades foram se desenvolvendo, as metodologias ativas foram sendo entendidas pelo grupo e tornaram-se estratégias para que os ACS se sentissem estimulados e até não desistissem do curso, principalmente aqueles que pararam de estudar a muito tempo ou que já tinham mais idade. Com métodos ativos, aulas dinâmicas e participativas são possíveis, facilitando a assimilação de um maior volume de conteúdo e trazendo satisfação com os momentos em sala de aula (BARBOSA; MOURA, 2013). As metodologias ativas auxiliaram ainda na habilidade dos ACS em lidar com situações de imprevisibilidade, comuns no dia-a-dia da profissão, sentindo-se “menos inseguros e tímidos”.

Semelhante ao que foi observado nesta pesquisa, Souza et al. (2014) estudaram a versão do curso técnico para a formação do ACS ocorrida na cidade do Rio de Janeiro e concluíram que a metodologia do curso impactou positivamente no trabalho e na vida dos educandos. A partir do curso, os ACS adquiriram mais confiança nas suas decisões e na aplicação dos seus conhecimentos, tiveram uma melhora no relacionamento com colegas, aprenderam a se expressar melhor e se sentem mais realizados em relação ao trabalho. Descobriram o prazer pelo trabalho coletivo e a criação de laços de amizade e cooperação entre colegas.

O processo de avaliação das aprendizagens do curso também não seguiu o modelo tradicional de pontuação e provas classificatórias (COSTA; COTTA, 2014). O projeto pedagógico previa uma avaliação da aprendizagem feita ao longo do curso, de forma que o princípio essencial da avaliação fosse o auxiliar no aprender (COTTA; MENDONÇA; COSTA, 2011). Uma das estratégias avaliativas trazida pelo curso foi a construção de portfólios individuais como registro do processo de ensino-aprendizagem.

O portfólio é um instrumento processual de diálogo entre educador e educando (COSTA; COTTA, 2014), sendo estratégico por possibilitar o acompanhamento de construção de conhecimento durante o próprio processo educativo e não apenas ao final deste, tendo potencial para produzir a emancipação dos sujeitos em formação (ANASTASIOU, 2005; COTTA; MENDONÇA; COSTA, 2011). Desloca o foco da avaliação nos resultados obtidos e passa a centralizar no processo ensino-aprendizagem (GEMIGNANI, 2012).

Experiências de ensino usando o portfólio como método de avaliação participativa do processo ensino-aprendizagem têm sido relatadas na literatura, especialmente no contexto da formação na graduação (CABRERA; TURINI; PACCOLA, 2008; SILVA; SÁ-CHAVES, 2008; MARIN et al., 2010; CARDOSO et al., 2015). O uso do portfólio, nos ACS participantes desta pesquisa, permitiu o desenvolvimento dos educandos a partir das suas próprias experiências, consolidando uma aprendizagem ativa e significativa, além de desenvolver a autoavaliação e o autoconhecimento (GRILO; MACHADO, 2005; CARDOSO et al., 2015).

Nesse processo de avaliação, houve um novo estranhamento aos educandos. Os ACS não tinham familiaridade com o portfólio, nunca tinham “escutado essa palavra”, mas com o tempo entenderam seu objetivo e se habituaram a esse processo de avaliação. Mesmo durante o processo de construção do portfólio, era difícil para os ACS se desapegarem do conceito de notas e avaliações pontuais, relatando que se preocupavam se os facilitadores iriam “descontar pontos” dos seus portfólios. Para quem esteve habituado ao modelo tradicional de ensino-aprendizagem-avaliação durante o percurso educativo, é entendível essa dificuldade de se libertar das avaliações puramente quantitativas. Ao término do curso, os ACS relataram carinho e identificação pelos portfólios produzidos, já que foram colocados seus “próprios sentimentos e pensamentos”, foi algo escrito e planejado por eles mesmos, tendo uma linguagem mais acessível para quando precisam voltar a ler seus materiais de aula.

Os desafios identificados pelos participantes da pesquisa destacaram os docentes-facilitadores e a dificuldade na condução das atividades teóricas a partir do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem-avaliação. Nessa proposta, ocorre a desconstrução do papel do professor como fonte única de informação e conhecimento, o que requer uma mudança de postura do educador para o exercício de um trabalho reflexivo junto ao educando. É utilizada a figura do facilitador, que orienta e facilita o processo da aprendizagem (BARBOSA; MOURA, 2013).

A partir de um problema poderão surgir outros desdobramentos sobre o tema, exigindo do educador e educandos o contato com situações ou conteúdos que não foram

previstos em um primeiro momento, mas que precisarão ser investigados por serem relevantes à compreensão do problema (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Os gestores envolvidos com a organização dos espaços teóricos perceberam dificuldades entre o grupo de docentes-facilitadores no entendimento da metodologia do curso, mesmo com a capacitação desses antes de cada nova etapa. É fundamental para o êxito dessa proposta de educação, portanto, a formação de um educador prático-reflexivo com conhecimento, habilidades e, principalmente, que seja capaz de refletir sobre a sua própria prática. É um educador que necessita estar sempre avaliando seu trabalho, adequando sua proposta metodológica à realidade dos educandos, e mais importante, analisando se a sua relação professor-aluno traz felicidade e se leva à aprendizagem significativa (GEMIGNANI, 2012).

Cabe destacar que os ACS entrevistados tinham expectativas plurais quando iniciaram o curso. Houve participantes que acreditaram que teriam apenas mais uma capacitação que não iria agregar muito conhecimento. Outros acreditaram que teriam um curso bem mais completo que a capacitação que tiveram no início de suas vivências profissionais e, ainda, que iriam aprender procedimentos técnicos.

Ao contrário de capacitações pontuais e sem conexão com as necessidades do trabalho do ACS, os resultados evidenciaram que o curso possibilitou uma ‘experiência’ de educação permanente em saúde (EPS). Por meio da problematização da realidade, da conexão entre a teoria e os cotidianos de trabalho do ACS e da construção das aprendizagens pela valorização de vivências e conhecimentos prévios dos educandos, pode-se perceber a lógica da EPS na formação.

A EPS é uma estratégia de qualificação dos profissionais da saúde que pressupõe a aprendizagem significativa que promove e produz sentidos, por meio de um modelo de ensino transformador, problematizador e imerso no contexto de práticas dos serviços (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MICCAS; BATISTA, 2014; CARDOSO et al., 2017). A EPS tem como objetivo melhorar as práticas de saúde para a população por meio de mudanças na organização dos serviços, já que os profissionais partem de problemas concretos do seu cotidiano. A busca por alternativas de solução para os problemas é trazida a partir da contribuição de cada profissional a partir de seu conhecimento acumulado, levando em conta a aplicabilidade e relevância das estratégias escolhidas e a conformidade com o território de atuação das equipes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; CARDOSO et al., 2017).

Por outro lado, os ACS relataram a expectativa de aprender procedimentos técnicos como aferir pressão, medir glicemia capilar e fazer curativos, o que fez com que se sentissem frustrados quando perceberam que o curso não tinha esse objetivo e acreditavam, inclusive, que seriam mais valorizados e respeitados tendo o domínio desses procedimentos.

Estudos de Simas e Pinto (2017) e Nunes et al. (2002) vem ao encontro dos resultados encontrados. O primeiro estudo relata que parte dos ACS tem buscado outros cursos de formação em saúde, principalmente de técnico de enfermagem, pois acreditam que isso irá qualificar seu trabalho. Estabelece-se, assim, uma contradição entre a formação com foco no conhecimento popular e outra que enfoque o saber biomédico e mecanicista do corpo ‘normal’ e ‘patológico’ (NUNES et al., 2002; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; KOIFMAN, 2001). Essa tendência de valorização dos saberes biomédicos, por parte dos próprios ACS, pode causar uma mudança importante no perfil de trabalho desse profissional (SIMAS; PINTO, 2017).

Com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, atribuições foram incorporadas ao ACS, como executar a aferição de temperatura axilar e pressão, realizar medição de glicemia capilar, orientações relacionadas à administração de medicamentos, curativos e cuidados de feridas (BRASIL, 2017). Essas funções, até então, eram da competência legal dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 1986; COFEN, 2018) e essa questão legal ainda está em discussão.

O eixo central do trabalho do ACS sempre foi o processo educativo e, a partir da nova PNAB, sua função parece estar se deslocando para atribuições mais voltadas à assistência. É um cenário com importantes perspectivas de mudanças no que diz respeito ao futuro da profissão de ACS e ao cuidado em saúde em território brasileiro, uma vez que essa é a categoria que possui maior contingente profissional na Atenção Básica (SILVA et al., 2018).

O conhecimento característico e mais importante do ACS é justamente o saber popular e o conhecimento sobre a dinâmica social da sua comunidade, que lhes é genuíno (BORNSTEIN; STOTZ, 2008). Existe, a partir dessas modificações, a preocupação sobre a possibilidade de retrocessos em relação ao modelo de atenção à saúde do país. Isso porque o ACS, além de possuir uma especificidade profissional de fazer o vínculo com a população, é sua voz dentro do sistema de saúde. É pelo trabalho do ACS que há a consolidação da relação saber e fazer popular em ato, valorizando questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o científico (BRASIL, 2009a).

São mudanças que podem impactar no cuidado em saúde na Atenção Básica do país e no futuro da profissão de ACS. Argumenta-se, assim, pela necessidade do fortalecimento do papel desse profissional no SUS, qualificando suas ações na comunidade como um agente de promoção da saúde em um modelo que dialogue com as pessoas e que atue nas desigualdades em saúde. Para tanto, a formação do ACS, assim como a de todos os profissionais da saúde, deve pautar-se por processos educativos que garantam o que Almeida Filho (2011, p. 1899) considerou como “força de trabalho ideal para atendimento no SUS – ou seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde”.

6 PRODUTO

Os Mestrados Profissionais (MP) têm como um de seus objetivos fazer com que os mestrandos, trabalhadores do SUS, apliquem os resultados de suas pesquisas de forma que promovam uma intervenção positiva em seus contextos de trabalho (PAIXÃO et al., 2014). As pesquisas, portanto, além de significar uma produção científica, devem seguir o princípio da aplicabilidade técnica (BRASIL, 2009b). Na Saúde Coletiva, de modo especial, o MP tem como premissa resultados com relevância social e aplicabilidade no serviço, aprimorando técnicas pela utilização de conhecimentos científicos (MENANDRO, 2010).

Buscando responder a esse desafio de um produto com aplicabilidade para o SUS, voltado à qualificação dos profissionais que nele atuam, foi desenvolvido como produção técnica do Mestrado o Boletim Informativo nº 2 – março 2019, com foco na formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a partir dos resultados obtidos na presente pesquisa e da legislação vigente.

Trata-se da continuidade das produções de caráter educativo-informativo do MP Ensino na Saúde da UFRGS. O primeiro número do Boletim tratou da abordagem clínica na Odontologia envolvendo as subjetividades do usuário como uma das dimensões do modo de produção do cuidado em saúde e o uso de tecnologias leves/ relacionais (GRAFF, 2017). Este Boletim nº 2 tem como foco o Agente Comunitário de Saúde (ACS), trazendo a possibilidade de pensar em estratégias para a educação permanente desse profissional. É direcionado tanto aos ACS e demais profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, quanto aos estudantes de graduação e dos programas de Residência, docentes que estiverem em atividades de ensino nesses serviços e aos gestores da saúde. Ficará disponível para consulta na página eletrônica do PPG Ensino na Saúde.

Produto educativo-informativo – Boletim informativo nº 2, março 2019.



PENSANDO SOBRE A EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Um olhar para o Agente Comunitário de Saúde

BOLETIM INFORMATIVO Nº 2 – MARÇO 2019

Este Boletim Informativo tem como foco o Agente Comunitário de Saúde (ACS), trazendo a possibilidade de pensar em estratégias para a educação permanente desse profissional. É direcionado tanto aos ACS e demais profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, quanto aos estudantes de graduação e programas de Residência e docentes que estiverem em atividades de ensino nesses serviços e aos gestores da saúde. Foi produzido a partir de pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Ser Agente Comunitário de Saúde é uma profissão?



O ACS tem uma história recente nas profissões de saúde no Brasil. O Decreto Federal nº 3.189/99 fixou as diretrizes para o exercício das atividades do Agente Comunitário de Saúde. A Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 estabelece a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Mesmo assim, a atividade profissional do ACS só foi regulamentada com a Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006.



Quais as atribuições de um Agente Comunitário?

- Atuar junto às comunidades.
- Conhecer o território (cadastramento e mapeamento).
- Acompanhar as famílias, de acordo com critério de vulnerabilidade (orientação das famílias em relação ao uso do serviço de saúde, promoção da integração entre os profissionais e as famílias, desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde).

Ainda:

- Preencher o e-SUS.
- Participar das reuniões de equipe.
- Receber, acompanhar e orientar estudantes de graduação e residentes em atividades desenvolvidas no território.



Pensar a formação do ACS é pensar em uma proposta de educação profissional que...

- Contemple estratégias educativas individuais e coletivas que valorizem a troca de saberes e as experiências de vida e de trabalho dos educandos (saberes da experiência).



De que estratégias educativas estamos falando?

De metodologias que permitam aos educandos envolverem-se 'ativamente' no processo de aprendizagem. São atividades em que o educando está ocupado pelo fazer e, ao mesmo tempo, o leva a pensar sobre o que está fazendo.



De que estratégias educativas estamos falando?

Envolve o ler, escrever, perguntar, discutir, estar ocupado em resolver problemas e desenvolver projetos, possibilitando a análise, síntese e avaliação.

- Promova o desenvolvimento de habilidades interpessoais, com maior capacidade de comunicação e empatia.
- Permita momentos de encontros e trocas que tragam a reflexão sobre a prática, ressignificando-a continuamente.
- Considere a potencialidade de cada educando no aprender e (re)construir novos conhecimentos.
- Seja construída por uma relação horizontal de cooperação e compreensão mútua entre educandos e educadores.



Vale o lembrete:
A experiência da prática de trabalho do ACS – saberes do 'fazer' – não pode ser desvalorizada ou desqualificada se o objetivo da formação é um processo educativo participativo.



Facilitadores da aprendizagem:

- Haver clareza entre educador e educandos nos objetivos da aprendizagem.
- Estabelecer um ambiente de aprendizagem contextualizada, relacionando conhecimentos teóricos com práticas de trabalho do profissional.
- Valorizar 'experiências de aprendizagem' (vivências experienciadas) ao invés de 'conteúdos' (ideia de conhecimentos e fatos estáticos).
- Tirar o foco do 'sentar, ouvir e copiar do quadro' e incentivar o uso de estratégias de aprendizagem participativas, tais como: oficinas, seminários, estudo de casos, encenações do cotidiano de trabalho (dramatizações), portfólios.
- Incluir os educandos na definição dos temas de interesse a serem trabalhados.
- Respeitar e estimular a criatividade e a liberdade dos educandos no percurso educativo.



Cuidado importante:

Apesar das metodologias ativas estimularem a participação de todo o grupo, promovendo o debate, o tempo excessivo de discussões de temáticas específicas sem uma finalização por parte do educador ou a falta de clareza quanto ao objetivo pretendido na metodologia ativa utilizada, podem se caracterizar como dificultadores/barreiras da aprendizagem, devendo ser evitados.



O ACS deve estar sozinho no processo do 'aprender'?

Se o objetivo da formação for a qualificação das práticas de saúde para a população, trazendo a Educação Permanente como base desse processo educativo, a presença e contribuição de cada profissional da equipe, com seu conhecimento acumulado é que trará as alternativas de solução para os problemas e desafios do cotidiano de trabalho.



Legislação e publicações de interesse

Lei nº 11.350. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição.

Link:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21

Lei nº 13.595. Dispõe sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho [...] dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm

O trabalho do agente comunitário de saúde. Link:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

Portaria nº 1886/GM. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Link:**

http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_9_7.pdf

Portaria nº 243. Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. **Link:**

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=53&data=28/09/2015>

Portaria nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Link:**

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde. Link:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO BOLETIM INFORMATIVO

Helena Pereira Rodrigues da Silva (PPGenSau/FAMED/UFRGS e IMESF)
Prof. Ramona Fernanda Cerotti Toassi (PPGenSau/FAMED/UFRGS e Faculdade de Odontologia/UFRGS)
Daniela da Silva Champe

Elaboração do texto
Orientação e revisão do texto
Elaboração da arte

CONTATO

helena.pereira@gmail.com
ramona.fernand@ufrgs.br
asocialdaniela@gmail.com

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência educativa em curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde baseado no referencial curricular proposto pelos Ministérios da Saúde e da Educação constituiu-se em uma experiência que marcou seus participantes, trazendo significados e sentimentos que expressaram a qualificação do trabalho em saúde.

Foi uma formação que agregou conhecimentos e informações que facilitaram a abordagem e orientação do ACS às famílias, melhoraram sua habilidade de comunicação, ampliaram o conceito de saúde incluindo os determinantes sociais do processo saúde-doença, preparando-os para lidar com problemas complexos, o que trouxe segurança, confiança e tranquilidade ao processo de trabalho.

Oportunizou, aos ACS, pensar e perceber suas atribuições profissionais na equipe da Estratégia de Saúde da Família para além do cadastro e facilitação no acesso à Unidade de Saúde aos usuários, envolvendo a responsabilização nas ações de educação e promoção da saúde das pessoas, famílias e comunidade. Com esse entendimento, os ACS passaram a sentir maior pertencimento à equipe. As atividades teórico-práticas desenvolvidas nas Unidades de Saúde desacomodaram as equipes possibilitando um repensar do processo de trabalho até então estabelecido não só para os ACS que participaram do curso.

Para além do ganho de conhecimento relacionado à profissão, os ACS também relataram que o curso nas habilidades interpessoais, tornando-os seres humanos melhores, com maior capacidade de empatia pelo outro, destacando a convivência junto aos demais colegas como um dos aprendizados do curso.

A proposta de educação problematizadora do curso, valorizando as metodologias ativas de ensino-aprendizagem-avaliação e as experiências de vida e de trabalho dos educandos ressaltou-se como facilitadora das aprendizagens e importante para que os ACS conseguissem acompanhar os conteúdos e se mantivessem estimulados e interessados no curso até sua conclusão. Dentro dessas metodologias destacaram-se as dinâmicas, discussões, produções textuais em grupo, oficinas, teatros, paródias e relatos de experiência. No acompanhamento do percurso educativo dos ACS, a avaliação por portfólios individuais permitiu o desenvolvimento desses educandos a partir das suas próprias experiências e foi potencializadora da construção das aprendizagens.

Desafios foram observados em relação aos docentes-facilitadores, os quais mostravam, em determinadas situações, limitações de compreensão na metodologia das aulas propostas pelo curso, o que se refletia no tempo excessivo de discussão das temáticas

trabalhadas sem uma finalização ou a ausência de compreensão do objetivo do uso de uma metodologia ativa. Também entre os supervisores que acompanhavam os ACS nas Unidades de Saúde essa dificuldade de entendimento das atividades que eram propostas pelo curso também foi percebida.

Ao final da formação, o sentimento dos ACS foi de gratidão por terem vivenciado essa experiência educativa marcada pelo aprender com “prazer” e “significado” que se refletiu no querer melhorar sua prática profissional.

Os ACS reforçaram a necessidade de continuação das atividades de educação permanente baseadas em propostas educativas que tenham significado, sendo capazes de modificar seu contexto de trabalho e vida.

Pesquisas nacionais sobre o tema da formação e trabalho do ACS que envolvam a percepção dos demais profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família e usuários são recomendadas para a qualificação do SUS e conseqüente melhoria na saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 5050, n. 11, p. 95–103, 2016.
- ALMEIDA FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. **Lancet**, London, v. 377, p. 1898-1900, June 2011.
- ALVORADA. **Prefeitura Municipal**. Disponível em: <<https://www.alvorada.rs.gov.br/ifrs-lanca-curso-tecnico-em-agente-comunitario-de-saude/>>. Acesso em: 18 out 2017.
- ANASTASIOU, L. G. C. **Processos de ensinagem na Universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 5. ed. Joinville: Univille, 2005.
- BARBOSA, E. F.; MOURA, D. G. Metodologias ativas de aprendizagem na educação profissional e tecnológica. **B. Tec. Senac**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 48-67, maio/ago. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2019.
- BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, Salvador, n. 4, p. 119-43, jul./ago. 2014.
- BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, abr. 2014.
- BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L.; ARAÚJO, J. W. G. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 93-101, jan./mar. 2010.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, jan./fev. 2008.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.

_____. Departamento da Atenção Básica. Informe técnico Institucional - Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000.

_____. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2002.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21>. Acesso em: 2 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 84p. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2019.

_____. Ministério da Educação. Portaria normativa nº 17. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2009b.

_____. IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 2 fev. 2019.

CABRERA, M. A. S.; TURINI, B.; PACCOLA, L. B. B. O uso de portfólio na prática de atendimento domiciliar a idosos no curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 180-187, 2008.

CARDOSO, D. S. A. et al. Aprendizagem reflexiva: o uso do portfólio coletivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 442-449, 2015.

CARDOSO, M. L. M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 567, 29 de janeiro de 2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Decreto 94.406, de 08.06.87. Regulamenta a Lei nº. 7498/86, que dispõe do exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. **Documentos básicos de Enfermagem**. São Paulo, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Legislação para o Exercício da Enfermagem**, 1986. 6p. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/Leiprofissional.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul. 2013.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. O aprender fazendo: representações sociais de estudantes da saúde sobre o portfólio reflexivo como método de ensino, aprendizagem e avaliação. **Interface. Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 18, n. 51, p.771-783, 2014.

COTTA, R. M. M.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 20, no. 5, p. 415-421, 2011.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

- FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- FREITAS, L. M. et al. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 171-177, 2015.
- GEMIGNANI, E. Y. M. Y. Formação de professores e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: ensinar para a compreensão. **Revista Fronteira das Educação** [online], Recife, v. 1, n. 2, p. 1-27, 2012. Disponível em: <<http://www.fronteirasdaeducacao.org/index.php/fronteiras/article/view/14>>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- GRAFF, V. A. **Produção do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal: encontros de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e dentistas da Atenção Primária à Saúde**. 2017. 88f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.
- GRAVATAÍ. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.agentesdaude.com.br/2013/01/prefeitura-forma-1-turma-do-curso.html>>. Acesso em: 18 out. 2017.
- GRILO, J. M.; MACHADO, C. G. “Portfólios” reflexivos na formação inicial de professores de biologia e geologia: viagens na terra do eu. In: SÁ-CHAVES, I. (Org.). **Os “portfólios” reflexivos (também) trazem gente dentro: reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos formativos**. Porto: Porto Editora, 2005. p. 21-49.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Projeto pedagógico do curso técnico em agente comunitário de saúde**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2014.
- KOIFMAN, L. ‘The biomedical model and the reformulation of the medical curriculum of Universidade Federal Fluminense’. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 48-70, mar./jun. 2001.
- LARROSA BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.
- LAVOR, A. C. H. O Agente Comunitário: um novo profissional da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento da Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, 2010.

- MARIN, M. J. S. et al. O uso do portfólio reflexivo no curso de medicina: percepção dos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 191-198, 2010.
- MATEUS, S. A experiência e a vivência: proposta de uma teoria modular da comunicação. **E-Compós**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 1-14, 2014.
- MATTHEWS, E. **Compreender Merleau-Ponty**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- MELO, M. B.; QUINTÃO, A. F.; CARMO, R. F. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 86-99, mar. 2015.
- MENANDRO, P. R. M. Réplica 2 - Mestrado Profissional, você sabe com quem está falando? **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 367-371, 2010. Disponível em: <http://anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_1038.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- MERHY, E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud permanent education in health: a strategy for acting upon the micropolitics of the work in health. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- MEYERS, C.; JONES, T. B. **Promoting active learning**. San Francisco: Jossey Bass, 1993.
- MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-85, 2014.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.
- MOTA, C. M.; DOSEA, G. S.; NUNES, P. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4719-4726, dez. 2014.
- NOVO HAMBURGO. Lei nº 1.980, de 19 de maio de 2009. Transforma a autarquia municipal Hospital Municipal de Novo Hamburgo em Fundação estatal de direito privado, autoriza a criação da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo e dá outras providências. **Legislação municipal de Novo Hamburgo**, 2009. 16p. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/n/novo-hamburgo/lei-ordinaria/2009/198/1980/lei-ordinaria-n-1980-2009-transforma-a-autarquia-municipal-hospital-municipal-de-novo-hamburgo-em-fundacao-estatal-de-direito-privado-autoriza-a-criacao-da-fundacao-de-saude-publica-de-novo-hamburgo-fsnh-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 13 fev 2019.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, dez. 2002.

- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, London, v. 377, no. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. et al. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.
- PAIXÃO, R. B. et al. Avaliação de mestrados profissionais: construção e análise de indicadores à luz da multidimensionalidade. **Ensaio: aval. pol. públ. educ.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 505-532, abr./jun. 2014.
- PEIXOTO, M. M.; MOURÃO, A. C. N.; SERPA JUNIOR, O. D. O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 881-890, 2016.
- PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 15, n. 36, p.187-198, jan./mar. 2011.
- PIRES, E. G. Experiência e linguagem em Walter Benjamin. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 813-828, jul./set. 2014
- REIS, J. R. F.; BORGES, C. F. Contribuições históricas e políticas para a formação de agentes comunitários. **Revista Contemporânea de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 98-120, 2016.
- RODRIGUES, T. Formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/formacao-tecnica-dos-agentes-comunitarios-desauade>>. Acesso em 21 abril. 2019.
- ROGERS, C. R. **Tornar-se pessoa**. 5. ed. São Paulo: Martins, 2001.
- SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente de saúde comunitário: o ser, o saber, o fazer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1433-1434, set./out. 2004.
- SILVA, H. P. R. et al. O papel do Agente Comunitário de Saúde frente ao desafio da nova Política Nacional de Atenção Básica. **Saberes plurais: educação na saúde**, Porto Alegre, n. 3, v. 2, p. 83-90, dez. 2018.
- SILVA, R. F.; SÁ-CHAVES, I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, n. 27, v. 12, p. 721-734, 2008.
- SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, jun. 2017.

SOUZA, K. M. et al. Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, n. 18, v. 2, p. 1513-1522, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRECK, D. R. Metodologias participativas de pesquisa e educação popular: reflexões sobre critérios de qualidade. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 537-547, 2016.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

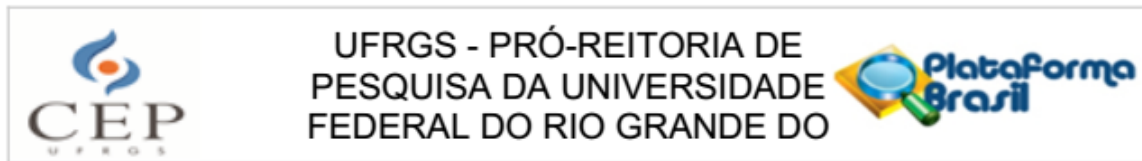
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL (UAB). **Polo Novo Hamburgo**. Disponível em: <<http://polouabnh.weebly.com/cursos-concluiacutedos.html>>. Acesso em: 3 fev. 2019.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. Enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, out/dez. 2009.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANOTTO, M.; ROSE, T. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Rev. Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 45-54, 2003.

ANEXO A - Parecer consubstanciado Comitê Ética em Pesquisa UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: SIGNIFICANDO UMA EXPERIÊNCIA EM CURSO TÉCNICO

Pesquisador: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80126717.9.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.421.138

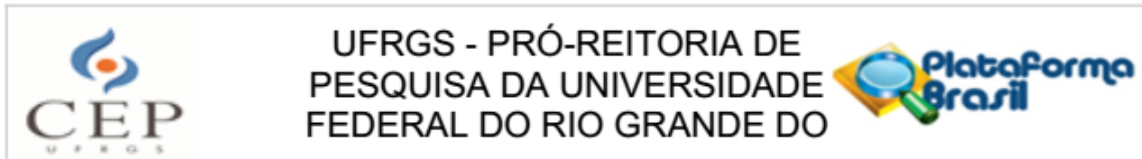
Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa para elaboração de Dissertação de Mestrado do PPG em Ensino na Saúde, sob orientação da Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, co-orientação da Profa. Dra. Daniele Noal Gai e autoria de HELENA PEREIRA RODRIGUES DA SILVA.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional novo no contexto das profissões da saúde e tem um papel articulador na equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), orientando tanto a comunidade como o serviço de saúde em relação às situações de risco enfrentada pelas famílias. Ao integrar a equipe da ESF, o ACS trouxe uma concepção mais ampliada do entendimento de cuidado em saúde, levando em consideração o território no qual a pessoa está inserida e sua realidade de vida. Seu trabalho é complexo e abrange além da área da saúde, conhecimentos de áreas como Ciências Humanas, Políticas e Sociais. A formação técnica desse profissional foi proposta pelos Ministérios da Educação e da Saúde por meio do referencial teórico de curso técnico lançado em 2014. O município de Novo Hamburgo teve uma turma de ACS formada pelo curso técnico em 2017, por uma parceria realizada com instituições de ensino.

Objetivo: Analisar o significado da experiência de formação no Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) do município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, e conhecer a percepção dos gestores do curso em relação a essa experiência.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.421.138

Metodologia: Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa (estudo de caso), a ser realizada com agentes comunitários de saúde e gestores do CTACS. Serão convidados a participar da pesquisa os 45 ACS que finalizaram o curso em 2017, trabalhadores que representem todas as Unidades de Saúde, além dos gestores envolvidos.

A coleta de dados ocorrerá por meio da realização de entrevistas individuais, semiestruturadas, as quais serão gravadas por equipamento digital e posteriormente transcritas, além da análise dos portfólios dos ACS e do material didático do curso.

O método de amostragem utilizado para as entrevistas com os ACS será o da saturação. O material textual das entrevistas será interpretado pela análise de conteúdo de Bardin com o apoio do software ATLAS.ti (Visual Qualitative Data Analysis).

Critério de Inclusão:

Os ACS serão selecionados intencionalmente levando em consideração a representatividade das 14 Unidades de Saúde em que atuam. O critério de inclusão será ter terminado o curso técnico de formação do ACS.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos da pesquisa os ACS que estiverem em período de férias ou outro tipo de afastamento na etapa de realização das entrevistas.

Resultados esperados: Compreender os diferentes significados que o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde teve para os concluintes do curso, apresentando os resultados aos gestores e profissionais da saúde do município e trazendo para a discussão o tema da formação do ACS.

Objetivo da Pesquisa:

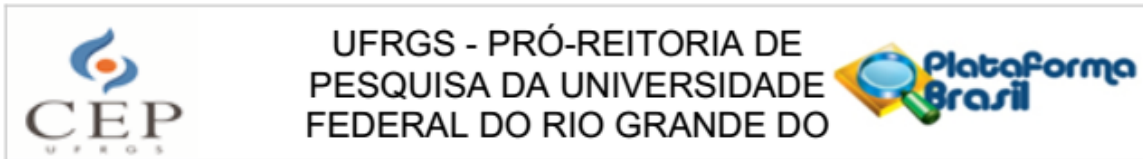
Objetivo Primário:

Analisar o significado da experiência de formação no curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário:

- Compreender como foi, para os ACS, a experiência de participar de um curso técnico de

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.421.138

formação e como esse curso atuou nas suas práticas cotidianas de trabalho.- Conhecer a percepção dos ACS que concluíram o curso técnico acerca das metodologias educativas utilizadas nesse curso e sobre o processo de construção dos portfólios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nas informações básicas da PB e no TCLE, consta o seguinte:

"Riscos:

Nesta pesquisa, o tempo e/ou conteúdo da entrevista poderá causar algum incômodo. Se o entrevistado se sentir incomodado (a) ou desconfortável com a entrevista, poderá parar de responder as perguntas a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Também será explicado que para proteger a identificação de cada entrevistado, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelas pesquisadoras envolvidas no estudo, sempre garantindo privacidade e confidencialidade.

Benefícios:

A partir desta pesquisa será possível compreender os diferentes significados que o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (ACS) teve para os concluintes do curso, apresentando os resultados aos gestores e profissionais da saúde do município e trazendo para a discussão o tema da formação do ACS."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

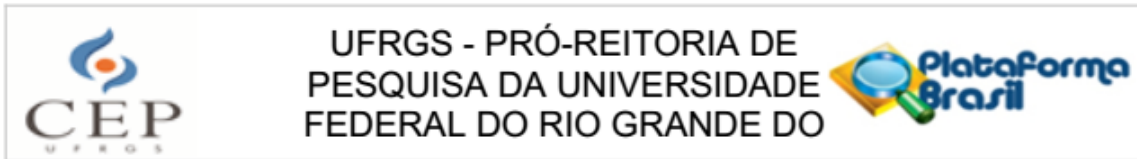
Trata-se de pesquisa importante do ponto de vista acadêmico-científico, com adequação teórico-metodológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos e documentos apresentados:

- Projeto de Pesquisa;
- TCLE (ACS e gestores);
- Roteiro de entrevistas (ACS e gestores);
- Folha de rosto devidamente assinada;
- Informações básicas da PB;
- Termo de Anuência da instituição onde será realizada a pesquisa, devidamente assinado (Anexo A).

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.421.138

Recomendações:

Sugere-se que não sejam considerados como "excluídos" os participantes que não aceitem participar das entrevistas, pois entende-se, por critério de exclusão, eventos ou condições que determinem a saída de um participante depois de o mesmo ter sido incluído no estudo. Há, nesse sentido, uma confusão entre critério de elegibilidade e de exclusão, já que se um sujeito não é elegível, não pode ser excluído.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1034014.pdf	20/11/2017 15:55:37		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_Projeto_RamonaFCToassi assinada.pdf	20/11/2017 15:54:02	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	Aprovacao_Compesq_Famed.pdf	17/11/2017 19:27:38	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	termoanuencia.pdf	17/11/2017 19:27:12	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	RoteiroentrevistacomosACSegestores.pdf	17/11/2017 19:26:49	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/11/2017 19:25:24	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoformacaoACSnovembro2017.pdf	17/11/2017 19:24:41	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

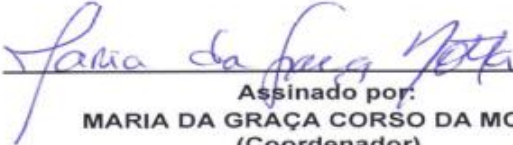
Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.421.138

PORTO ALEGRE, 07 de Dezembro de 2017


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

**ANEXO B – Termo de autorização do Núcleo municipal de educação em Saúde Coletiva
(NUMESC) de Novo Hamburgo**

**NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC
NOVO HAMBURGO**

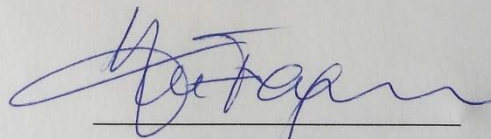
TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O Secretário Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, após avaliação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), AUTORIZA a realização do trabalho denominado FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: SIGNIFICANDO UMA EXPERIÊNCIA EM CURSO TÉCNICO, a ser realizado por HELENA PEREIRA RODRIGUES DA SILVA, do curso de MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE sob supervisão de RAMONA FERNANDA CERIOTTI TOASSI. A coleta de dados deverá ser realizada através de ENTREVISTA, em TODAS AS USF E GESTÃO DA FSNH durante o período FEV/MAR/ABR/MAI/JUN/JUL DE 2018 após prévio agendamento.

Os pesquisadores acima referidos, assumem desde já o compromisso de:

1. Obedecerem as disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
2. Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas identidades e imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou das instituições envolvidas, respeitando deste modo as Resoluções Éticas, em especial a Resolução do CNS N° 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.
3. Disponibilizar uma cópia do trabalho, após a conclusão, para o acervo do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), autorizando a utilização do mesmo em suas atividades de educação permanente e divulgação nos relatórios de produção científica, bem como apresentar os resultados em eventos internos, quando solicitado

Novo Hamburgo, 30 de novembro de 2017.



Dr. Antonio Fagan
Secretário Municipal de Saúde

NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC

NOVO HAMBURGO

Declaração da Instituição Coparticipante

Título do Projeto: FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
SIGNIFICANDO UMA EXPERIÊNCIA EM CURSO TÉCNICO

Nome do Pesquisador Responsável: HELENA PEREIRA RODRIGUES DA
SILVA

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS Nº 466/2012 ou a Resolução CNS Nº 510/2016. Esta instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Nome da Instituição: FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO
HAMBURGO – FSNH.

Nome do Responsável pela Instituição:

Claudia Schenkel

Novo Hamburgo de *dezembro* de *2017*.

Claudia Schenkel
Diretora Presidente
Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo

Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Agentes Comunitários de Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os ACS

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento, que está em duas vias (uma delas fica com você e a outra com o pesquisador). Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Eu, _____, residente e domiciliado (a) no município de _____, nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Formação do Agente Comunitário de Saúde: significando uma experiência de curso técnico”**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

O presente estudo tem como objetivo analisar o significado da experiência de formação em curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde do município de Novo Hamburgo.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei que participar de uma entrevista individual, a qual será guiada por um roteiro com perguntas abertas e que, se eu estiver de acordo, será gravada. Essa entrevista levará cerca de 60 minutos para ser finalizada e será realizada na própria Unidade de Saúde em que trabalho, em uma sala reservada, durante o horário de trabalho, evitando constrangimento e exposição desnecessária dos indivíduos participantes do estudo. Se eu concordar com a gravação, estou ciente de que haverá a transcrição da entrevista para um texto em computador e que os pesquisadores envolvidos nesse estudo conhecerão os conteúdos, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas essas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional. Ficou claro que poderei ser contatado (se concordar) para revisar a gravação. As gravações com as entrevistas ficarão armazenadas em um *pendrive* específico por um período de cinco anos e depois serão destruídas (gravações serão deletadas do *pendrive*). O material textual das entrevistas só será utilizado para este estudo, não sendo usado em estudos futuros.

3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.

A partir desta pesquisa será possível compreender os diferentes significados que o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (ACS) teve para os concluintes do curso, apresentando os resultados aos gestores e profissionais da saúde do município e trazendo para a discussão o tema da formação do ACS.

4º - Estou ciente de que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados. Nesta pesquisa, o tempo e/ou conteúdo da entrevista poderá causar algum incômodo. Se me sentir incomodado (a) ou desconfortável com a entrevista, posso parar de responder as perguntas a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para mim. Também me foi explicado que para proteger minha identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelas pesquisadoras envolvidas no estudo, sempre garantindo privacidade e confidencialidade.

5º - Foi dada a garantia de poder optar por aceitar ou não o convite para participar da pesquisa, recebendo resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a possíveis dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Caso você tenha novas perguntas, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar a qualquer hora com a professora Ramona Fernanda Ceriotti Toassi (pesquisadora responsável) no telefone 0XX (51) 3308-5480, endereço Av. Ramiro Barcelos 2492, endereço eletrônico ramona.fernanda@ufrgs.br ou com a estudante de Pós-Graduação Helena Pereira Rodrigues da Silva, no telefone 0XX (51) 98472-4272, endereço Rua Octávio Oscar Bender, 1000, das 8h às 18h, e-mail helenapereira@gmail.com, ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS no telefone 0XX (51) 3308-3738.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com as pesquisadoras sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes em qualquer etapa da pesquisa. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização às pesquisadoras de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Novo Hamburgo, ___/___/___

Assinatura do (a) voluntário (a): _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os gestores

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os gestores do curso

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento, que está em duas vias (uma delas fica com você e a outra com o pesquisador). Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

Eu, _____, residente e domiciliado (a) no município de _____, nascido (a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Formação do Agente Comunitário de Saúde: significando uma experiência de curso técnico”**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

O presente estudo tem como objetivo analisar o significado da experiência de formação em curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde do município de Novo Hamburgo.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei que participar de uma entrevista individual, a qual será guiada por um roteiro com perguntas abertas e que, se eu estiver de acordo, será gravada. Essa entrevista levará cerca de 60 minutos para ser finalizada e será realizada no meu local de trabalho, em uma sala reservada, durante o horário de trabalho, evitando constrangimento e exposição desnecessária dos indivíduos participantes do estudo. Se eu concordar com a gravação, estou ciente de que haverá a transcrição da entrevista para um texto em computador e que os pesquisadores envolvidos nesse estudo conhecerão os conteúdos, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas essas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional. Ficou claro que poderei ser contatado (se concordar) para revisar a gravação. As gravações com as entrevistas ficarão armazenadas em um *pendrive* específico por um período de cinco anos e depois serão destruídas (gravações serão deletadas do *pendrive*). O material textual das entrevistas só será utilizado para este estudo, não sendo usado em estudos futuros.

3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.

A partir desta pesquisa será possível compreender os diferentes significados que o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (ACS) teve para os concluintes do curso, apresentando os

resultados aos gestores e profissionais da saúde do município e trazendo para a discussão o tema da formação do ACS.

4º - Estou ciente de que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados. Nesta pesquisa, o tempo e/ou conteúdo da entrevista poderá causar algum incômodo. Se me sentir incomodado (a) ou desconfortável com a entrevista, posso parar de responder as perguntas a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para mim. Também me foi explicado que para proteger minha identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelas pesquisadoras envolvidas no estudo, sempre garantindo privacidade e confidencialidade.

5º - Foi dada a garantia de poder optar por aceitar ou não o convite para participar da pesquisa, recebendo resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a possíveis dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Caso você tenha novas perguntas, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar a qualquer hora com a professora Ramona Fernanda Ceriotti Toassi (pesquisadora responsável) no telefone 0XX (51) 3308-5480, endereço Av. Ramiro Barcelos 2492, endereço eletrônico ramona.fernanda@ufrgs.br ou com a estudante de Pós-Graduação Helena Pereira Rodrigues da Silva, no telefone 0XX (51) 98472-4272, endereço Rua Octávio Oscar Bender, 1000, das 8h às 18h, e-mail helenapereira@gmail.com, ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS no telefone 0XX (51) 3308-3738.

Desse modo, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito do que li ou do que leram para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com as pesquisadoras sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes em qualquer etapa da pesquisa. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização às pesquisadoras de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Novo Hamburgo, ___/___/___

Assinatura do (a) voluntário (a): _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde

Roteiro de entrevista com os ACS

Data: ____/____/20__ Entrevista n°: __ __

I – INFORMAÇÕES DE CONTEXTO DO PARTICIPANTE

1. Idade
2. Sexo
3. Ano de ingresso no serviço público como ACS
4. Escolaridade
5. Formação complementar
6. Tempo de trabalho na Unidade de Saúde (anos)

II – QUESTÕES NORTEADORAS

7. Como você percebeu a experiência de participar da formação no Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS)?
8. Você consegue perceber se o curso afetou seu processo de trabalho como ACS?
9. E em relação às relações com outros colegas trabalhadores da Unidade, o curso trouxe algo novo?
10. E sua relação com os usuários da Unidade, foi afetada pelo curso? De que forma?
11. A forma como percebe seu trabalho continuou igual durante e após o curso?
12. Qual sua percepção sobre a organização do curso e a maneira que eram conduzidos os encontros (buscar a percepção sobre as metodologias educativas relacionadas à didática das aulas, material didático-pedagógico, portfólio, avaliação do percurso)?
13. O que você poderia relatar como algo marcante dessa experiência?
14. Quais aprendizagens surgiram da experiência?
15. Quais os desafios para a realização e conclusão no curso?
16. De forma geral, como você avalia o curso?
17. Se tivesse que falar sobre o curso para um colega que ainda não o fez, o que diria?

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com os gestores

Roteiro de entrevista com os gestores do curso

Data: ____/____/20__ Entrevista n°: ____

I – INFORMAÇÕES DE CONTEXTO DO PARTICIPANTE:

1. Idade
2. Sexo
3. Escolaridade

II – QUESTÕES NORTEADORAS

4. Qual a lembrança que você tem do início do curso técnico para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município de Novo Hamburgo? Porque houve o interesse em trazer uma versão do CTACS para esse município?
5. Como você percebeu a organização do curso? E como foi sua participação nessa organização? (buscar a percepção sobre as metodologias educativas relacionadas à didática das aulas, material didático-pedagógico, portfólio, avaliação do percurso)
6. Como você avalia o curso e as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas?
7. De que forma você vê a relação estabelecida entre tutores, docentes, orientadores com os alunos? Como você observa a diferença entre os papéis desses atores na formação dos ACS?
8. Na sua percepção, o curso afetou o processo de trabalho dos ACS e as relações desses com os demais trabalhadores da Atenção Primária? E com os usuários?
9. Qual o sentimento dos membros da gestão que estiveram envolvidos com o curso?
10. Na sua percepção o que o curso trouxe às Unidades de Saúde em que os ACS estavam atuando?
11. O que você poderia relatar como algo marcante dessa experiência enquanto gestão?
12. Se tivesse que falar sobre o curso para um gestor municipal, o que diria? O recomendaria?