



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SUZIANE MARTINS CARVALHO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE ELABORADAS
POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

TERESINA

2015

SUZIANE MARTINS CARVALHO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE ELABORADAS
POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM),
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de Recursos
Humanos na Atenção à Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliete Batista
Moura

TERESINA

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

C331r CARVALHO, Suziane Martins

Representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde. Suziane Martins Carvalho; Orientador(a): Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura – Teresina, 2015.

79 p.

Monografia (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro UNINOVAFAPI, Teresina, 2015.

1. Psicologia social; 2. Agentes comunitários de saúde; 3. Educação permanente; I. Título.

CDD 302

SUZIANE MARTINS CARVALHO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE ELABORADAS
POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

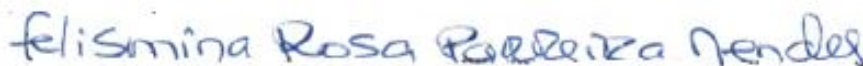
Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM),
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestra em
Saúde da Família.

Aprovado em: 26/06/2015

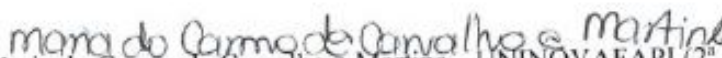
BANCA EXAMINADORA



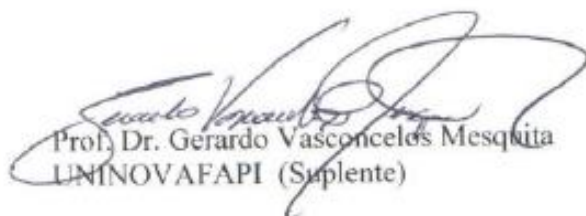
Prof.^a Dr.^a Maria Eliete Batista Moura - UNINOVAFAPI (Presidente)



Prof.^a Dr.^a Felismina Rosa Parreira Mendes — Universidade de Évora (1^o Examinadora)



Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo de Carvalho e Martins – UNINOVAFAPI (2^a Examinadora)



Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita
UNINOVAFAPI (Suplente)

À minha mãe (*inmemoriam*), que sempre se dedicou à educação dos filhos, não medindo esforços para isso, por acreditar que a educação era a maior herança que poderia me fornecer. Certamente, se ela estivesse aqui presente seria a mais feliz de todas! Amo você para sempre!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença constante em minha vida, fortaleza e força nas adversidades.

Ao meu filho amado, Bernardinho, que nasceu junto com este mestrado, que me ensinou a ser mãe, a fazer muitas coisas ao mesmo tempo e por me fazer uma pessoa melhor a cada dia. Você é o melhor acontecimento da minha vida, meu maior título!

Ao meu esposo, Bernardo Neto, meu companheiro, melhor amigo. Obrigada por acreditar sempre no meu potencial, às vezes, muito mais do que eu mesma, por ser essa pessoa serena que me transmite paz e calma, por me dar segurança e por me fazer muito feliz. Amo muito você, meu amor!

Ao meu pai, pela dedicação, companheirismo e amor incondicional.

Aos meus sogros, Rita e Bernardo, pelo carinho, cuidado, paciência e torcida constante pelo meu sucesso.

À Prof.^a Dr.^a Maria Eliete Batista Moura, minha orientadora, que me acolheu e mostrou o caminho e direção que eu deveria percorrer. Seus conhecimentos e críticas construtivas foram fundamentais na elaboração deste trabalho. Muito obrigada pela compreensão nos meus momentos difíceis, e pelo carinho, dedicação, disponibilidade e paciência.

À Prof.^a Dr.^a Felismina Rosa Parreira Mendes e Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo de Carvalho e Martins, pela gentileza de participarem da banca examinadora desse trabalho e por terem contribuído para o enriquecimento dessa pesquisa.

À equipe do Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, pelo apoio e dedicação ao programa. Em especial, às queridas Gelsemânia e Jaqueline, sempre atenciosas, prestativas e cordiais.

Aos agentes comunitários de saúde do município de Barras – PI, motivadores e participantes desse estudo, a minha gratidão e respeito pela disponibilidade e pelas informações prestadas, sem as quais não teria sido possível esta realização.

À Secretaria Municipal de Saúde de Barras – PI, na pessoa do Dr. Antônio Carlos de Sousa Melo, pela prontidão em autorizar a realização da pesquisa; e à Dr.^a Lucinete Nunes de Carvalho, pela importância que deu ao meu estudo, entendendo os meus momentos de ausência.

À Isadora (minha prima, irmã, amiga), companheira nas horas de alegria e de dificuldades, sempre me incentivando e torcendo pelo meu sucesso. Amo você!

Aos parentes, amigos de curso e da vida, os quais estiveram presentes durante toda essa jornada. Obrigada! Vocês fazem parte desse sonho!

RESUMO

No Brasil, a saúde pública funciona em um contexto de alta complexidade, com intervenções intersetoriais em todos os níveis, o que requer dos profissionais uma formação contínua. A Educação Permanente na Saúde é uma estratégia voltada para a reflexão dos profissionais acerca dos problemas surgidos no ambiente de trabalho com a finalidade de propor mudanças na realidade e convergir com o novo modelo de assistência à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família, surgiu um novo profissional, o agente comunitário de saúde, que trabalha como articulador entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde. As Representações Sociais tem como ponto de partida a diversidade dos indivíduos e são constituídas a partir das interpretações da realidade, procurando reconhecer como os grupos constroem um mundo estável e previsível a partir das diferenças. O estudo tem como objetivos: apreender as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde; analisar como as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde interferem na assistência prestada na Estratégia Saúde da Família e desenvolver um Blog como ferramenta de comunicação com os agentes comunitários para implementação da educação permanente sobre novas diretrizes, atualizações, discussão de casos e trocas de experiências. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com 86 agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família da cidade de Barras – Piauí. A produção de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram processados no software IRAMUTEQ e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram apresentados em cinco classes, a saber: Classe 2 – Atualização profissional para a Estratégia Saúde da Família, com destaque para a importância do profissional estar sempre atualizado com a política nacional de atenção primária; Classe 3 – Estratégias para educação permanente, por meio de cursos de atualização, treinamentos e outras informações por meio de televisão, internet; Classe 5 – A gestão da educação permanente, no sentido de otimizar as capacitações e treinamentos, visando melhorar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde para trabalharem com mais segurança na assistência; Classe 4 – Qualidade da assistência prestada pelo agente comunitário de saúde, com base na promoção da saúde e prevenção de agravos; Classe 1 – Inovação tecnológica no serviço pelo agente comunitário de saúde, com aplicações de novos conceitos e tecnologias em saúde, articulados à prática da Estratégia Saúde da Família. Considera-se que a educação permanente dos agentes comunitários de saúde ancora-se na noção da educação tradicional por meio dos cursos de atualização e de treinamentos e não como uma forma de incorporação do conhecimento a partir da educação problematizadora para resolução de problemas e de estratégias transformadoras do processo de trabalho, fazendo com que esses profissionais atuem de forma superficial, não se tornando de fato protagonistas do processo. Acredita-se que este estudo pode contribuir para melhor conhecer a realidade da Educação Permanente em Saúde dos profissionais agentes comunitários de saúde no município estudado e pode ser utilizado como norteador na implementação de estratégias para Educação Permanente em Saúde.

Descritores: Psicologia Social. Agentes Comunitários de Saúde. Educação Permanente.

ABSTRACT

In Brazil, public health works in a high complexity context, with intersectoral interventions at all levels, which requires of professionals a continuing formation. The Permanent Education in Health is a strategy for the reflection of professionals about the problems encountered at work environment with the purpose of propose changes in reality and converge with the new health care model proposed by the Unified Health System. With the implementation of the Family Health Strategy, emerged a new professional, the community health agent, who works as articulator between the community and In Brazil, public health works in a high complexity context, with intersectoral interventions at all levels, which requires of professionals a continuing training. The Permanent Education in Health is a strategy for professionals reflection on the problems encountered in the workplace in order to propose changes in reality and converge with the new health care model proposed by the Unified Health System. With the implementation Family Health Strategy, a new professional, the community health worker, who works as articulator between the community and the Basic Health Unit. The Social Representations have as a starting point the diversity of individuals and are constituted based on interpretations of the reality, seek to recognize how groups build a stable and predictable world from the differences. The study aims to: identify the social representations of permanent education developed by community health agents; analyze how the social representations of permanent education developed by community health agent interfere in the assistance in the Family Health Strategy and develop a blog as a communication tool with the community agents to implement the permanent education on new guidelines, updates, case discussion and exchange of experiences. This is a field research, exploratory and descriptive, of a qualitative approach, accomplished with 86 community health agents from the Family Health Strategy from the city of Barras - Piauí. The data production was performed through semistructured interview. Data were processed in IRAMUTEQ software and analyzed by Hierarchical Classification Descending. The results were presented in five classes, namely: Class 2- Professional Upgrade to the Family Health Strategy, highlighting the importance of professional to be always updated with the national primary health care policy; Class 3- Strategies for permanent education through refresher courses, training and other information through TV, internet; Class 5- The management of permanent education in order to optimize the skills and training to improve the knowledge of community health agents to work more safely in attendance; Class 4- Quality of care provided by community health agent, based on health promotion and disease prevention; Class 1- Technological innovation in service by the community health agent, with the application of new concepts and technologies in health articulated with the practice of the Family Health Strategy. It is considered that the permanent education of community health agents anchors on the notion of traditional education through the refresher courses and trainings and not as a way of incorporation of knowledge through problematizing education for resolution of transformative problems and strategies of the process of work, causing these professionals act in superficial way, not becoming in fact protagonist of the process. It is believed that the study may help to better understand the reality of permanent healthcare education of the community health agents in the city studied and can be used as a guide in implementing strategies for Permanent Education in Health.

Descriptors: Social Psychology. Community Health Agents. Permanent Education.

RESUMEN

En Brasil, la salud pública está en un contexto de alta complejidad, con intervenciones intersectoriales a todos los niveles, lo que requiere de profesionales de una formación continua. La Educación Permanente en Salud es una estrategia para la reflexión de los profesionales sobre los problemas encontrados en el ambiente de trabajo con el propósito de proponer cambios en la realidad y converger con el nuevo modelo de atención de salud propuesto por el Sistema Único de Salud. Con la implementación de la Estrategia Salud de la Familia, surgió un nuevo profesional, el agente de salud de la comunidad, que trabaja como articulador entre la comunidad y la Unidad Básica de Salud. Las representaciones sociales tienen como punto de partida la diversidad de individuos y se constituyen basan en interpretaciones de la realidad, buscan reconocer cómo los grupos de construir un mundo estable y predecible a partir de las diferencias. El estudio tiene como objetivos: identificar las representaciones sociales de la educación permanente desarrollada por agentes comunitarios de salud; analizar cómo las representaciones sociales de la educación permanente desarrollada por agentes comunitarios de salud interfieren en la atención en la Estrategia de Salud de la Familia y desarrollar un blog como herramienta de comunicación con los agentes de la comunidad para implementar la educación permanente en las nuevas directrices, actualizaciones, caso de discusión e intercambio de experiencias. Se trata de una investigación de campo, exploratorio y descriptivo, de un enfoque cualitativo, realizado con 86 agentes comunitarios de salud de la Estrategia Salud de la Familia de la ciudad de Barras - Piauí. La producción de datos se realizó mediante entrevista semiestructurada. Los datos fueron procesados en el software IRAMUTEQ y analizados por Clasificación jerárquica descendente. Los resultados se presentaron en cinco clases, a saber: Clase 2- Actualización Profesional de la Estrategia Salud de la Familia, destacando la importancia del profesional para estar siempre al día con la política nacional de atención primaria de salud; Clase 3- Estrategias para la educación permanente a través de cursos de actualización, capacitación y otros datos a través de la televisión, Internet; Clase 5- La gestión de la educación permanente, a fin de optimizar las habilidades y capacitación para mejorar el conocimiento de los agentes comunitarios de salud a trabajar con mayor seguridad en la asistencia; Clase 4- Calidad de la atención proporcionada por agentes comunitarios de salud, basado en la promoción de salud y prevención de enfermedades; Clase 1- La innovación tecnológica en el servicio por el agente de salud de la comunidad, con la aplicación de nuevos conceptos y tecnologías en salud articulados con la práctica de la Estrategia Salud de la Familia. Se considera que la educación permanente de los agentes comunitarios de salud anclas en la noción de la educación tradicional a través de los cursos de actualización y capacitación, y no como una forma de incorporación de conocimiento a través de problematizar la educación para la resolución de problemas y estrategias del proceso de trabajo de transformación, causando estos profesionales actúan de manera superficial, no convertirse en realidad protagonista del proceso. Se cree que el estudio puede ayudar a entender mejor la realidad de la educación sanitaria permanente de los agentes comunitarios de salud en la ciudad estudió y se puede utilizar como una guía en la implementación de estrategias para la Educación Permanente en Salud.

Descriptores: Psicología Social. Agentes Comunitarios de Salud. Educación Permanente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IRAMUTEC	<i>Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Contextualização do problema.....	11
1.2 Objeto de estudo.....	13
1.3 Objetivos.....	13
1.4 Justificativa.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 A Estratégia Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde.....	14
2.2 A Educação Permanente como objeto das Representações Sociais.....	16
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Tipo de estudo.....	22
3.2 Cenário do estudo.....	22
3.3 Sujeitos do estudo.....	23
3.4 Produção de dados.....	23
3.5 Processamento e análise dos dados.....	24
3.6 Aspectos éticos e legais.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	27
4.1 Manuscrito: Representações Sociais da Educação Permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde.....	27
4.2 Produto: Blog Construindo Saúde.....	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES	60
ANEXOS.....	71

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou-se no cenário sanitário brasileiro com a missão de romper o caráter excludente do modelo assistencial até então praticado, de forma a assistir os milhões de excluídos do processo de busca por melhores condições de vida e saúde.

Unido às premissas da atenção primária à saúde, em 1991, o Ministério da Saúde (MS)/Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com objetivo de estimular na população o autocuidado, mediante o repasse de informações para a saúde por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Desse modo, compreende-se o ACS como instrumento de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, uma vez que desenvolve ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo, contribuindo, assim, para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde (BRASIL, 1991).

Como estratégia do modelo de atenção básica, direcionado à reestruturação do modelo assistencial e fundamentada na lógica da promoção de saúde, surge no ano de 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), priorizando ações de promoção, proteção, controle e manutenção da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994).

A ESF tem como alicerce os princípios do SUS, proporcionando uma postura dinâmica de atuação e definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, rompendo o seu caráter passivo. Desse modo, os serviços passaram a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social.

A atenção passou a ser centrada na família, esta passa a ser entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes que trabalham junto a estes sujeitos uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que transcendem as práticas curativas (BRASIL, 2000).

A Estratégia conta com uma equipe multiprofissional e dentre esses profissionais, o ACS tem se revelado o ator mais intrigante e, muitas vezes, é considerado o protagonista no

que se refere à relação de trocas de experiências estabelecidas, especialmente entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos médicos-científicos (NUNES et al., 2002).

Segundo Oliveira e Spiri (2006), o ACS se configura como o principal elo entre a ESF e a comunidade, permite o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, aumentando, com isso, a capacidade da população de enfrentar os problemas.

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

Suas ações transcendem a de fiscalizador, é capaz de oferecer soluções práticas aos problemas com que defronta sua comunidade. Possui importância ímpar, tendo em vista o frequente contato com os usuários, que costumam revelar aspectos de suas condições de saúde para o agente, geralmente, antes que se efetive a comunicação com outros integrantes da equipe de saúde (FORTES; SPINETTI, 2004).

A educação permanente em saúde propõe a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, resolutividade da clínica e promoção da saúde coletiva; possui como eixos norteadores a relação entre educação e trabalho, a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde, a produção e a disseminação do conhecimento (BRASIL, 2004).

A educação em saúde pode funcionar como instrumento de transformação social que coloca a cultura no centro de seu processo, possibilitando atuar sobre a representação da comunidade, para sobre ela agir. Nesse modelo, busca-se propiciar aos profissionais e clientela os recursos para conhecer, compreender e agir na sociedade para que se emancipem (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Considerando-se que qualquer manifestação de conhecimento humano tem uma história e um contexto social, é importante que se reflita a temática das representações sociais da educação permanente como um fenômeno psicossocial complexo construído pelos ACS, no seu grupo de pertença.

Ressalta-se que essas RS, envolvem questões abrangentes como a subjetividade e o conhecimento socialmente elaborado e compartilhado pelos ACS no seu cotidiano de trabalho. Sendo que esse conhecimento pode contribuir para a construção de estratégias com a finalidade de otimizar o serviço desses profissionais e, conseqüentemente, melhor atender a demanda assistida pelos mesmos.

1.2 Objeto de estudo

Representações Sociais da Educação Permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde.

1.3 Objetivos

Apreender as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde;

Analisar como as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde interferem na assistência prestada na Estratégia Saúde da Família;

Desenvolver um Blog como ferramenta de comunicação com os agentes comunitários para implementação da educação permanente sobre novas diretrizes, atualizações, discussão de casos e trocas de experiências.

1.4 Justificativa

Os ACS são os profissionais responsáveis pelo estabelecimento da ligação entre a comunidade e a equipe de saúde na atenção básica.

Segundo Silva (2010), a EP tem por objetivo promover um modelo educacional que melhore o desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais de saúde, procurando estabelecer ações a partir de reflexão da realidade vivenciada, pois o ser humano somente transforma a si mesmo e a uma sociedade por meio da análise profunda de suas ações, visando sempre o coletivo e o trabalho multidisciplinar.

Nessa perspectiva, é relevante investigar sobre as Representações Sociais (RS) da EP elaboradas por estes profissionais para melhor compreendê-lo dentro do seu contexto de atuação.

O presente estudo poderá fornecer subsídio para a formulação de estratégias e planos de intervenção que melhorem e qualifiquem o trabalho do ACS, contribuindo também para a melhoria da saúde da população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Estratégia Saúde da Família na consolidação do Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 iniciou um novo momento político-institucional no Brasil, ao reafirmar o Estado democrático e definir uma política de proteção social abrangente. Ao reconhecer a saúde como direito social de cidadania, posicionou esta dentro de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade voltadas para assegurar a nova ordem social, cujos objetivos essenciais são o bem-estar e a justiça social (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

A partir da nova Constituição e com chegada do SUS, iniciou-se um processo de descentralização das ações e municipalização da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual passa a ser denominada de Atenção Básica à Saúde (ABS).

Destaca-se, no período de 1988 a 1990, a publicação do texto constitucional dos princípios e diretrizes do SUS e a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990, e Lei nº 8.142, de 1990), com a organização do Fundo Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, respectivamente, resultando no aparato institucional de gestão da política de saúde. Com isso, houve o início do processo de descentralização e de municipalização das ações de ABS, institucionalizadas pelas Normas Operacionais que consubstanciaram as mudanças necessárias para a operacionalização da descentralização (LUPPI et al., 2011).

Com a aprovação da Lei nº 8.080, complementada pela Lei nº 8.142, em 1990, consolida-se o SUS, sob a responsabilidade das três esferas governamentais, reconhecendo a saúde como direito que deveria ser assegurado pelo Estado (BRASIL, 1997).

O SUS possui como princípios a universalidade, equidade, integralidade e a sua organização é baseada na hierarquização, descentralização e participação popular. Instituído dentro de um conjunto de países em desenvolvimento constitui um projeto único, cujos princípios estão firmados na Constituição brasileira de 1988, dando sentido às ações propostas.

Apresenta dificuldades históricas e estruturais, porém ocupa espaço importante na sociedade e na percepção dos direitos de cidadania, espaço este que vai muito além da oratória e de suas intenções, pode ser considerado um exemplo destacado de pacto federativo democrático (BRASIL, 2010).

A FUNASA, em 1991 deu início ao PACS, que objetivava a extensão de cobertura da APS para áreas descobertas, iniciando como uma proposta de Atenção Primária Focal e Seletiva, indutora da descentralização. Inicialmente suas atividades eram voltadas para orientação relativa à imunização e ações para o controle de algumas doenças. Posteriormente, esse programa foi incorporando outras ações de saúde, e sendo articulado com unidades de saúde do município sob a supervisão de enfermeiros (LUPPI et al., 2011).

O PACS foi efetivamente estabelecido e regulamentado em 1997 quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS. Considerado uma estratégia importante no aprimoramento e na concretização da política de saúde brasileira, sendo compreendido como artifício transitório para a ESF (BRASIL, 2001).

O PACS foi uma experiência bem sucedida e a partir dele foi concebido o Programa Saúde da Família em 1994. Esse programa é visto como uma estratégia de consolidação e de fortalecimento do SUS, tendo auxiliado na transformação da estrutura dos serviços de saúde. O mesmo envolveu o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão de múltiplos fatores de risco à saúde, possibilitando a intervenção sobre esses fatores com estratégias voltadas para a prevenção, proteção e promoção da saúde (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais somente o indivíduo. A atenção passou a ser centralizada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que transcendem as práticas curativas (BRASIL, 2000).

A implementação do PSF ocorreu de maneira bastante diversificada em todo o país. Um dos fatores que contribuíram para isso foi o fato desse programa trazer como um de seus principais eixos a territorialização que orienta tanto o olhar como as intervenções que são propostas para a resolução dos problemas encontrados na área coberta por cada uma das equipes. Em razão das especificidades regionais encontradas, diversos modelos de atuação foram estabelecidos, bem como uma multiplicidade de experiências na formação do ACS (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

O exercício da atividade profissional do ACS deve observar a Lei nº 10.507, de 2002, que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde; o Decreto nº 3.189, de 1999, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade do ACS e a Portaria nº 1.886, de 1997, do Ministro de Estado da Saúde, que aprova as normas e diretrizes do Programa Agente Comunitário e do Programa Saúde da Família (FILGUEIRAS; SILVA, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi regulamentada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para o PSF e para o PACS. A APS considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011).

No Brasil, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, é fundamental que ela se oriente 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).

Em 21 de outubro de 2011 foi editada a Portaria nº 2488, a qual aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2012).

O SUS vem crescendo de forma muito intensa nesses últimos anos. Pode-se perceber que a cada dia se fortalece e dá ênfase à importância da APS nesse processo. São percebidos esforços governamentais devido ao consenso de que ter a APS como base dos sistemas de saúde é essencial para um bom desempenho destes (BRASIL, 2011).

A PNAB é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e com a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Apesar de pouco tempo de existência já possui muitos méritos, tendo avançado bastante nos últimos anos, o que leva a crer que a mesma merece credibilidade (BRASIL, 2012).

2.2A Educação Permanente como objeto das Representações Sociais

A Educação Permanente em Saúde (EPS), no cenário internacional, não é um tema novo. A Organização Pan-americana em Saúde (OPAS), percebendo a inadequação da formação em saúde, difundiu pela América Latina o conceito de EPS como um novo modelo pedagógico pautado na aprendizagem significativa para as transformações das práticas em saúde (SANES, 2010).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200 e inciso III, já conferia ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde, com isso, questões da educação na saúde passaram a fazer parte do leque de atribuições do SUS (BRASIL, 1988).

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

A Portaria nº 1996, de 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências; Portaria nº 2474, de 2004, institui repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo para a formação profissional dos ACS (BRASIL, 2009).

A Educação Permanente (EP) trata-se de um processo educativo que possibilita o surgimento de um espaço para pensar e fazer no trabalho, no qual o trabalhador representa um ser que constrói e destrói, norteador por valores políticos, culturais e éticos, ou seja, consiste em uma estratégia destinada a construir um novo estilo de administração em que os pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social são construídos coletivamente a partir do diálogo e da reflexão sobre a prática (RICALDONI, 2006).

Pode ser considerada uma estratégia voltada para a reflexão dos profissionais acerca dos problemas surgidos no ambiente de trabalho com a finalidade de propor mudanças na realidade e convergir com o novo modelo de assistência à saúde proposto pelo SUS. Contudo, demonstra uma contraposição ao modelo educacional definido na educação continuada aplicados no século XX, a qual se alicerça no tecnicismo, em práticas institucionalizadas e preestabelecidas, sem reflexão crítica por parte dos profissionais de saúde (MONTANA, 2010).

A EPS vem sendo abordada em vários estudos, oportunizando aos profissionais uma aproximação do conhecimento sobre seu conceito, filosofia e relevância para o setor de saúde. Assim, faz-se necessário difundir essa estratégia educacional devido ao pouco envolvimento dos profissionais da saúde na relação ensino-serviço.

O enfoque da EP representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde. Ela supõe outra lógica ao processo educacional, incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas laborais, no contexto real em que ocorrem; modificando as estratégias educativas a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, analisando o próprio fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos das práticas e como construtores do conhecimento e de alternativas de ação; abordando a equipe e o grupo como estrutura de

interação e ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações (DAVINI, 2009).

Os profissionais de saúde devem considerar que as necessidades e as barreiras encontradas em seus locais de trabalho podem ser vencidas por meio de competências e de habilidades obtidas na EP, bem como na utilização da tecnologia, da integração multidisciplinar, da reflexão acerca de suas ações para a promoção da eficiência na assistência à saúde (PESSANHA, 2009).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) teve seu início na França, na década de 50, quando o psicólogo social Serge Moscovici buscou entender como a psicanálise, um novo saber especializado, era compreendido pela sociedade francesa naquela época. A partir desse estudo, ele conseguiu compreender como um objeto científico torna-se objeto do senso comum. Esse trabalho foi publicado em sua obra “A psicanálise, sua imagem e seu público”, que lhe concedeu o título de criador da teoria supracitada (MOSCOVICI, 1978).

Moscovici é um teórico que se fundamenta no conceito de representação coletiva desenvolvido por Durkheim (1912) e propõe uma nova concepção teórico-conceitual capaz de atender às questões colocadas pelos problemas da modernidade (CAMARGO, 2005). Ele aborda a conceituação e análise de como os indivíduos e os grupos são vistos, tanto pelo caráter de comunicação como da expressão e define representações como forma específica do conhecimento que tem como consequência a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.

As Representações Sociais tem como ponto de partida a diversidade dos indivíduos e são constituídas a partir das interpretações da realidade, procuram reconhecer como os grupos constroem um mundo estável e previsível a partir das diferenças (MOSCOVICI, 2007). Nesse sentido, as representações de um objeto são socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação (SPINK, 1993).

As RS também podem ser definidas como teoria do senso comum, porém não são mais ou menos válidas que a teoria dos cientistas devido ao fato de satisfazerem e serem plausíveis ao intelecto do mesmo modo que as segundas, embora sejam formadas com outros métodos e respondam a preocupações diferentes (MOSCOVICI, 2005).

Segundo Jovchelovitch (2011), a diversidade do conhecimento humano é um patrimônio disponível a todas as comunidades humanas, considera que o diálogo entre diferentes formas de saber constitui o difícil mas indispensável recurso que pode ampliar as fronteiras de todos os tipos de saber.

Spink (2013), ao referir-se à TRS, afirma que as RS são definidas como conhecimentos práticos constituídos a partir das relações sociais, e, simultaneamente, formam o quadro de referência que permite dar sentido ao mundo e às ferramentas que instrumentalizam a comunicação, tratando-se de conhecimentos socialmente construídos cujas raízes extrapolam o momento presente.

É inevitavelmente a expressão de uma ordem social formada, mas também resíduos arqueológicos de saberes e de crenças passadas que ficaram impregnadas no imaginário social pela ação intemporal dos artefatos culturais que cultuamos e transformamos em monumentos. Uma teoria que seduz por ser simultaneamente psicossocial, antropológica e histórica (SPINK, 2013).

Portanto, as RS são conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos cujo *status* é o de uma produção e não reprodução ou reação a estímulos exteriores, mas a utilização e seleção de informações a partir de repertório circulante na sociedade. Não são, neste caso, simples “opiniões sobre”, ou “imagens de”, mas verdadeiras teorias coletivas *sui generis*, destinadas à interpretação e à elaboração do real. Assim, representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas em reconstruí-lo, retocá-lo e modificá-lo (MOSCOVICI, 1978).

A elaboração e o funcionamento de uma representação podem ser compreendidos através dos processos de objetivação e ancoragem. O surgimento dessas fases permite compreender que os processos formadores das representações têm por função atribuir a todo sentido uma figura e a toda figura um sentido (MOSCOVICI, 2003).

Segundo Moscovici (1978), a objetivação designa a passagem de conceitos e de ideias para esquemas ou imagens concretas. Consiste em materializar as ideias, tornando o abstrato em concreto, dando corpo ao pensamento, ou seja, transformando em objeto o representado.

O processo de objetivação se completa, na descrição de Jodelet (2001), constituindo-se de três fases: (a) seleção ou descontextualização das informações, crenças e ideias, pertinentes ao objeto da representação em função de fenômenos culturais e normativos; (b) núcleo figurativo, a partir dos elementos selecionados, organiza em uma esquematização estruturante por um processo psíquico interno pelo qual o indivíduo procura tornar um fato, objeto e/ou conhecimento novo, em algo familiar coerente com o referencial que já traz consigo, ou seja, tornar a visão do objeto coerente com sua visão de mundo; (c) naturalização dos elementos do núcleo figurativo, os elementos do pensamento tornam-se elementos de sua realidade de senso comum. Este é de fato o resultado do processo de objetivação.

A ancoragem está dialeticamente articulada à objetivação para garantir as três funções fundamentais da representação: incorporação do estranho ao novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. Ela permite a incorporação do novo ou do que é desconhecido em uma rede de categorias usuais.

Jodelet (2001) refere-se à ancoragem, afirmando que a mesma amarra a representação e o seu objeto em uma rede de significados que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coesão. Possui, assim como a objetivação, três condições estruturantes: (a) a atribuição de significado/sentido; (b) a instrumentalização do saber e (c) o enraizamento no sistema de pensamento.

O modo como os fatores sociais influenciam a construção do meio poderá determinar os processos de objetivação e ancoragem das RS.

Segundo Moscovici (1978), para se compreender a evolução, a organização do conteúdo e a extensão de uma representação é preciso integrá-la como elemento da dinâmica social e olhá-la como determinada pela estrutura da sociedade onde se desenvolve. Esta estrutura vai determinar as fragmentações, as diferenciações, assim como as relações de dominações que levam a diferentes representações de um mesmo objeto.

O indivíduo exerce papel fundamental na elaboração das representações. Agindo como sujeito já que está inserido em um contexto social e cultural definido, possuindo e construindo uma história pessoal e social.

Enquanto fenômeno psicossocial, as RS possuem duas funções: a primeira: de contribuir com os processos de formação de condutas; e a segunda: de orientação nas comunicações sociais (MOSCOVICI, 2003).

Representar é considerado decisivo para o estabelecimento das inter-relações sociais, é capaz de transformar as culturas no tempo e no espaço. Pode-se considerar que a realidade humana é em seu todo constituída de representação e não faz sentido falar de realidade sem o trabalho da mesma (JOVCHELOVITCH, 2011).

A ESF pode ser entendida como uma nova forma de pensar e de fazer saúde, uma proposta que traz como questão básica o processo de humanização no atendimento aos usuários do serviço de saúde. A partir da assertiva, pode-se afirmar que os profissionais que a compõem são importantes para essa mudança de paradigma, sendo muito relevante entendermos quem são os profissionais que compõem esse serviço (EULÁLIO; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2009).

Os estudos das RS tem tido um papel importante na área da saúde, justamente por preocupar-se com a subjetividade do cotidiano e com as relações que a permeiam, permitindo

assim expor as concepções individuais do grupo e de sua relação com o mundo social. Exploram a interface entre o censo comum e o pensamento científico, sendo este último concebido na área da saúde, como o corpo de conhecimentos ou as relações com o grupo detentor do saber.

Por ser a RS um modo de pensamento sempre ligado à ação, constitui-se na própria construção da realidade e define a prática profissional, ou seja, é um referencial importante e oportuno para olhar para o objeto de estudo deste trabalho (representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde), processos que também se dão nas relações dos sujeitos permeadas pela visão de mundo das coletividades e definindo as ações e práticas transformadoras (ou não) desta realidade.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo consiste em uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, sendo utilizada em várias áreas do conhecimento, especialmente nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO et al., 2002).

Conforme Minayo (2010), numa pesquisa qualitativa o pesquisador deve preocupar-se mais com a qualidade dos depoimentos de cada participante, com a profundidade, abrangência e diversidade das informações coletadas, podendo-se dizer que uma amostra ideal é a que reflete a totalidade das várias dimensões do objeto investigado.

Para Marconi e Lakatos (2009), a pesquisa descritiva se refere aos fatos que são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador.

Gil (2007) afirma que a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito. Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no município de Barras – Piauí, situado ao Norte do Estado do Piauí, a 126 quilômetros da capital Teresina. Possui população estimada em 2014, segundo último censo do IBGE, de 45.938 pessoas, tem uma área territorial de 1.719,798 Km².

Atualmente, conta com 19 equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo 11 destas situadas na zona rural e oito na zona urbana. Possui um hospital de porte médio, duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial modalidade I e

um Centro de Especialidades Odontológicas. Conta com um total de 112 profissionais ACS presentes no seu quadro de funcionários.

A escolha desse cenário deu-se ao fato da autora desse estudo já desenvolver atividades referentes à Estratégia Saúde da Família nesse município desde o ano de 2006.

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos foram constituídos por 86 ACS que exercem atividade no município de Barras – Piauí, os quais concordaram em participar do estudo, estando estes em atividade no período da coleta de dados. Sendo excluídos os profissionais que estavam afastados em razão das férias, e os que não eram funcionários efetivos da Secretaria Municipal de Saúde.

Dos ACS participantes, 68,60% eram do sexo feminino e 31,70% do sexo masculino; 3,49% possuíam idade entre 20 e 30 anos, 31,39% entre 31 e 40 anos, 50% entre 41 e 50 anos, 15,12% entre 51 e 60 anos; em relação à escolaridade 2,33% possuíam ensino fundamental incompleto, 9,30% ensino fundamental completo, 10,47% ensino médio incompleto, 40,70% ensino médio completo, 23,25% ensino superior incompleto e 13,95% ensino superior completo.

3.4 Produção de dados

Para alcançar os objetivos propostos foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A).

Matheus e Fustinoni (2006) afirmam que a entrevista é um dos instrumentos básicos na coleta de dados em pesquisa qualitativa, sendo um processo no qual as informações colhidas são fundamentadas no discurso dos entrevistados. Não é somente um trabalho de produção de dados, mas também uma situação de interação, em que o pesquisador pretende descobrir o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações.

As entrevistas foram realizadas nos meses de março e abril de 2015, ocorrendo de forma individual e gravadas em sala fechada no intuito de preservar a privacidade do profissional. No momento anterior à coleta de dados, foi explicado toda a pesquisa e procedimento para a entrevista, entregue cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) aos participantes, para que lessem e os que concordaram em participar do estudo o assinaram. Uma via ficou com a pesquisadora e a outra foi entregue ao participante colaborador.

Após a realização da entrevista, a mesma era transcrita na íntegra, o que permitiu que as informações nela contida pudessem ser processadas pelo programa de análises de dados de forma fidedigna.

3.5 Processamento e análise dos dados

Na perspectiva de alcançar a compreensão acerca do objeto de estudo, utilizou-se para o processamento de dados o *software* IRAMUTEQ[®]. O IRAMUTEQ[®] é um *software* gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaude licenciado por GNU GPL (v2), que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Ele ancora-se no *software* R (www.r-project.org) e na linguagem Python (www.python.org).

Segundo Camargo e Justo (2013), o IRAMUTEQ[®] viabiliza a análise sobre *corpus* textuais (nuvem de palavras, análise de similitude, Classificação Hierárquica Descendente (CHD), estatísticas textuais clássicas) e análises sobre tabelas indivíduos/palavras (CHD por matrizes de distâncias, nuvem de palavras, análise de similitude, descrição e qui-quadrado (χ^2)).

O *software* IRAMUTEQ[®] apresenta rigor estatístico e permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical. Além disso, sua interface é simples e facilmente compreensível, e, sobretudo, seu acesso é gratuito e é do tipo *open source*. Por estas características, acredita-se que o mesmo possa trazer muitas contribuições ao campo de estudo das ciências humanas e sociais, em diversos países do mundo, e em especial nos de língua portuguesa (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Dentre os vários tipos de análise de dados textuais que o programa supracitado pode realizar, foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), seguindo os passos recomendados pelo tutorial do IRAMUTEQ[®].

Os textos foram transcritos seguindo linhas de comando sempre antes de cada conteúdo, com o intuito de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI). Estes conjuntos de textos, 86 neste estudo, formaram o *corpus* analisado.

Um *corpus* adequado à análise do tipo CHD deve constituir-se num conjunto textual centrado em um tema. O material textual deve ser monotemático, pois a análise de textos sobre vários itens previamente estruturados ou sobre diversos temas resulta na reprodução da estruturação prévia dos mesmos. Durante a preparação do corpus, fez-se leituras, correções e decodificações das variáveis fixas (quadro a seguir).

Quadro 1 – Banco de dados para decodificar variáveis

SUJEITO	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE
*Suj_1 a *Suj_86 (Sujeitos entrevistados)	*Sex_1 Feminino *Sex_2 Masculino	*Ida_1 20-30 anos *Ida_2 31-40 anos *Ida_3 41-50 anos *Ida_4 51-60 anos	*Esc_1 ensino fundamental incompleto *Esc_2 ensino fundamental completo *Esc_3 ensino médio incompleto *Esc_4 ensino médio completo *Esc_5 ensino superior incompleto *Esc_6 ensino superior completo

Fonte: Dados da pesquisadora.

Posteriormente, o programa realizou a divisão do *corpus*, com base na ocorrência das palavras em função de suas raízes e procedeu ao cálculo da frequência destas formas reduzidas para obter um significado das classes produzidas. Para obtenção das classes, foi aplicado o método de CHD, utilizando-se o teste quiquadrado (x^2) das formas reduzidas (ALBA, 2004).

Após o tratamento analítico do *software*, foram identificadas 173 unidades de contexto elementar (UCE) com aproveitamento de 67,63% (117) do material disponibilizado. Desse material, as UCE foram divididas em cinco classes. Essas classes foram nomeadas com seus respectivos sentidos, para isso, buscou-se a identificação e análise dos domínios textuais e interpretação dos significados.

As respectivas classes foram nomeadas da seguinte forma: Classe 2 – Atualização profissional para a Estratégia Saúde da Família; Classe 3 – Estratégias para educação permanente; Classe 5 – A gestão da educação permanente; Classe 4 – Qualidade da assistência prestada pelo agente comunitário de saúde; Classe 1 – Inovação tecnológica no serviço pelo agente comunitário de saúde.

Neste estudo, a interpretação e análise dos resultados do *software* possibilitaram a apreensão a partir da organização das contribuições dos sujeitos produtores dos discursos (no caso os ACS que participaram do estudo), sobre as RS da EP elaboradas por ACS as quais foram organizadas e interpretadas à luz do referencial teórico deste estudo.

3.6 Aspectos éticos e legais

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI (Protocolo CAAE: 40842114.5.0000.5210 em 26 de fevereiro de 2015) e autorização do responsável pelo local da pesquisa (Anexo D), respeitando a Resolução 466/2012 do CNS/MS.

Os benefícios do estudo, mesmo que não imediatos, poderão surgir por meio de programas educativos que beneficiem a melhoria da qualificação do sujeito e consequentemente em melhoria da assistência que os mesmos prestam à comunidade em que atuam. Ao final do estudo, se for de interesse do voluntário, ele terá livre acesso ao conteúdo deste.

Em relação aos riscos deve-se considerar constrangimento por parte dos ACS em responder a entrevista e a ocupação do tempo de suas atividades de trabalho. No intuito de reduzir esses riscos, o sujeito ficou à vontade para responder ou não ao instrumento de produção de dados, a entrevista ocorreu em sala fechada, respeitando a privacidade do ACS e garantindo o sigilo de sua identificação, com a devida possibilidade de desistência em qualquer fase do estudo, sendo a coleta de dados (entrevista) realizada em horário distinto de suas atividades de trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Manuscrito 1- Representações Sociais da Educação Permanente elaboradas por Agentes Comunitários de Saúde

**Representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes
comunitários de saúde**

Social representations of continuing education prepared by community health

**Representaciones sociales de educación permanente preparados por agentes de
salud de la comunidad**

Suziane Martins Carvalho¹ Maria Eliete Batista Moura² Felismina Rosa Parreira
Mendes³ Maria do Carmo de Carvalho e Martins⁴ Gerardo Vasconcelos Mesquita⁵

¹Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário UNINOVAFAPI. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família Barras,
Piauí, Brasil. E-mail: suzinhamc@hotmail.com

²Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa Portugal. Doutora em Enfermagem
pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de
Janeiro. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do
Piauí. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família
do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail:
mestradosauredafamilia@uninovafapi.edu

³Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Lisboa (2003).

⁴Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Pernambuco.
 Professora Universidade Federal do Piauí. E-mail:
 mcmartins@uninovafapi.edu.br

⁵Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco. Professor adjunto da
 Universidade Federal do Piauí.

*Autora responsável para troca de correspondência

Suziane Martins Carvalho

Endereço: Rua Lisandro Nogueira, n. 1992, Centro.CEP: 64000-100. Teresina – PI,
 Brasil. Fone: (86) 99971-2522.E-mail: suzinhamc@hotmail.com

RESUMO

Objetivos: apreender as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde e analisar como essas representações sociais interferem na assistência prestada na Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** estudo exploratório com 86 agentes comunitários de saúde. Os dados foram produzidos por meio de entrevista, processados no IRAMUTEQ e analisados pela Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** conforme dendograma foram apresentados nas classes: 2- Atualização profissional para a Estratégia Saúde da Família; 3- Estratégias para educação permanente; 5- A gestão da educação permanente; 4- Qualidade da assistência prestada pelo agente comunitário de saúde; 1- Inovação tecnológica no serviço pelo agente comunitário de saúde. **Conclusões:** a educação permanente dos agentes comunitários de saúde ancora-se na noção da educação tradicional por meio dos cursos de atualização e treinamentos e não como uma forma de incorporação do conhecimento por meio da

educação problematizadora para resolução de problemas e estratégias transformadoras do processo de trabalho, fazendo com que esses profissionais atuem de forma superficial, não se tornando de fato protagonista do processo. **Descritores:** Psicologia Social. Agentes Comunitários de Saúde. Educação Permanente.

ABSTRACT

Objectives: To understand the social representations of lifelong learning developed by community health workers and examine how these social representations interfere with the care provided in the Family Health Strategy. **Methods:** An exploratory study of 86 community health workers. The data were produced through interviews, processed by IRAMUTEQ and analysed by Descending Hierarchical Classification. **Results:** as dendogram were presented in classes: 2- Professional Upgrade to the Family Health Strategy; 3- Strategies for permanent education; 5- The management of permanent education; 4- Quality of care provided by community health agent; 1- Technological innovation in service by the community health agent. **Conclusions:** the permanent education of community health agents, based on the notion of traditional education through refresher courses and training and not as a form of incorporation of knowledge through problem-based education for troubleshooting and transformative strategies in the process of work, causing these professionals to act superficially, not becoming in fact protagonist of the process.

Descriptors: Social psychology. Community health agents. Permanent education.

RESUMEN

Objetivos: Conocer las representaciones sociales de aprendizaje permanente desarrollada por agentes de salud comunitarios y examinar cómo estas representaciones sociales interfieren con la atención recibida en la Estrategia Salud de la Familia. **Métodos:** Un estudio exploratorio con 86 trabajadores de salud de la comunidad. Los datos fueron producidos a través de entrevistas, procesados por IRAMUTEQ y analizados por la Jerárquica Clasificación Descendente. **Resultados:** como dendograma se presentaron en las clases: 2- Actualización profesional de la estrategia salud de la familia; 3-Estrategias para la educación permanente; 5- La gestión de la educación permanente; 4-Calidad de la atención prestada por el agente de salud de la comunidad; 1- La innovación tecnológica en el servicio por el agente de salud de la comunidad. **Conclusiones:** La educación permanente de los agentes comunitarios de salud, basado en la noción de la educación tradicional a través de cursos de actualización y capacitación y no como una forma de incorporación de conocimiento a través de la educación basado en problemas para el proceso de solución de problemas y estrategias que modifican el proceso de trabajo funcionan, causando que estos profesionales actúen superficialmente, no convirtiéndose en realidad protagonista del proceso. **Descriptores:** Psicología social. Agentes comunitarios de salud. Educación permanente.

1 Introdução

A atenção básica, no Brasil, tem se fortalecido nas últimas décadas. Por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), pode-se presenciar uma reorganização do modelo assistencial, articulado com os princípios da universalidade, equidade e

integralidade. Desse modo, os serviços passaram a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervindo sobre fatores de risco aos quais a população está exposta. No entanto, observa-se que os profissionais responsáveis pela assistência nem sempre possuem conhecimentos e habilidades necessárias à atuação dinâmica presente na assistência ambulatorial/domiciliar¹.

A Estratégia Saúde da Família consta de um modelo composto por uma equipe multiprofissional de nível superior e médio, na qual o agente comunitário de saúde tem se revelado o personagem protagonista no que se refere à relação de trocas de experiências estabelecidas, especialmente entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos médicos-científicos.

Este profissional se configura como o principal elo entre a Estratégia Saúde da Família e a comunidade, permitindo o fortalecimento do vínculo com a família, a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar e aumentando, com isso, a capacidade da população de enfrentar os problemas².

No Brasil, há uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde destinada a construir um novo estilo de administração em que pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social, devam ser construídos coletivamente a partir do diálogo e da reflexão sobre a prática³.

A implementação da política se deve à necessidade de se desenvolver estratégias voltadas para a reflexão dos profissionais acerca dos problemas surgidos no ambiente de trabalho com a finalidade de propor mudanças na realidade e convergir com o novo modelo de assistência à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde⁴.

As Representações Sociais tem como ponto de partida a diversidade dos indivíduos e são constituídas a partir das interpretações da realidade, procurando reconhecer como os grupos constroem um mundo estável e previsível a partir das diferenças, sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação⁵.

As RS também podem ser definidas como teoria do senso comum, porém não são mais ou menos válidas que a teoria dos cientistas devido ao fato de satisfazerem e serem plausíveis ao intelecto do mesmo modo que as segundas, embora sejam formadas com outros métodos e respondam a preocupações diferentes⁵.

Por ser a RS um modo de pensamento sempre ligado à ação, constitui-se na própria construção da realidade e define a prática profissional, por isso se estabelece um referencial importante e oportuno para olhar para o objeto de estudo deste trabalho (representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde), processos que também se dão nas relações dos sujeitos, permeadas pela visão de mundo das coletividades e definindo as ações e práticas transformadoras (ou não) desta realidade.

3 Objetivos

Baseado nesta problemática este estudo, possui como objeto de pesquisa as Representações Sociais da Educação Permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde. Com isso, objetiva-se apreender as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde e analisar como estas interferem na assistência prestada por esse profissional na Estratégia Saúde da Família.

4 Métodos

É uma pesquisa do tipo exploratória com abordagem qualitativa e seu cenário foi o município de Barras- PI.

Os sujeitos foram constituídos por 86 agentes comunitários de saúde que exercem atividade no município anteriormente citado, os quais concordaram em participar do estudo, estando estes em atividade no período da coleta de dados. Sendo excluídos os profissionais que estavam afastados do serviço em razão das férias, e os que não eram funcionários efetivos da Secretaria Municipal de Saúde dessa cidade.

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI (Protocolo CAAE: 40842114.5.0000.5210 em 26 de fevereiro de 2015) e autorização do responsável pelo local da pesquisa respeitando a Resolução nº 466/2012 do CNS/MS.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada. A entrevista é um dos instrumentos básicos na coleta de dados em pesquisa qualitativa, sendo um processo no qual as informações colhidas são fundamentadas no discurso dos entrevistados, considerada não só como um trabalho de produção de dados, mas também uma situação de interação, em que o pesquisador pretende descobrir o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações⁶.

As entrevistas foram realizadas nos meses de março e abril de 2015, ocorrendo de forma individual e gravada em sala fechada no intuito de preservar a privacidade do profissional. Após a coleta, os discursos foram transcritos na íntegra logo após os dados serem processados.

Os textos foram transcritos seguindo linhas de comando, sempre antes de cada conteúdo, com o objetivo de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI). Um conjunto de 86 textos formou o *corpus* analisado.

Os dados foram processados no IRAMUTEC. Programa estatístico que permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical, possuindo interface simples, facilmente compreensível, sendo seu acesso gratuito⁷.

O programa realizou a divisão do *corpus*, com base na ocorrência das palavras em função de suas raízes e procedeu ao cálculo da frequência destas formas reduzidas para obter um significado das classes produzidas. Para obtenção das classes, foi aplicado o método de CHD, utilizando-se o teste quiquadrado (χ^2) das formas reduzidas.

5 Resultados

Dentre os ACS participantes, 68,60% eram do sexo feminino e 31,70% do sexo masculino; 3,49% possuíam idade entre 20 e 30 anos, 31,39% entre 31 e 40 anos, 50% entre 41 e 50 anos, 15,12% entre 51 e 60 anos; em relação à escolaridade 2,33% possuíam ensino fundamental incompleto, 9,30% ensino fundamental completo, 10,47% ensino médio incompleto, 40,70% ensino médio completo, 23,25% ensino superior incompleto e 13,95% ensino superior completo.

Após o tratamento analítico do *software*, foram identificadas 173 unidades de contexto elementar (UCE) com aproveitamento de 67,63% (117) do material disponibilizado. Deste material, as UCE foram divididas em cinco classes. Essas classes foram nomeadas com seus respectivos sentidos, para isso, buscou-se a identificação e análise dos domínios textuais e da interpretação dos significados.

As classes foram nomeadas da seguinte forma: Classe 1- Inovação tecnológica no serviço pelo agente comunitário de saúde; Classe 2- Atualização profissional para a Estratégia Saúde da Família; Classe 3- Estratégias para educação permanente; Classe 4- Qualidade da assistência prestada pelo agente comunitário de saúde; Classe 5- A gestão da educação permanente.

O dendograma abaixo (FIGURA 1) representa 67,63% das UCE que tiveram aproveitamento e foram utilizadas, mostrando a relação entre as classes ou contextos temáticos pela Classificação Hierárquica Descendente.

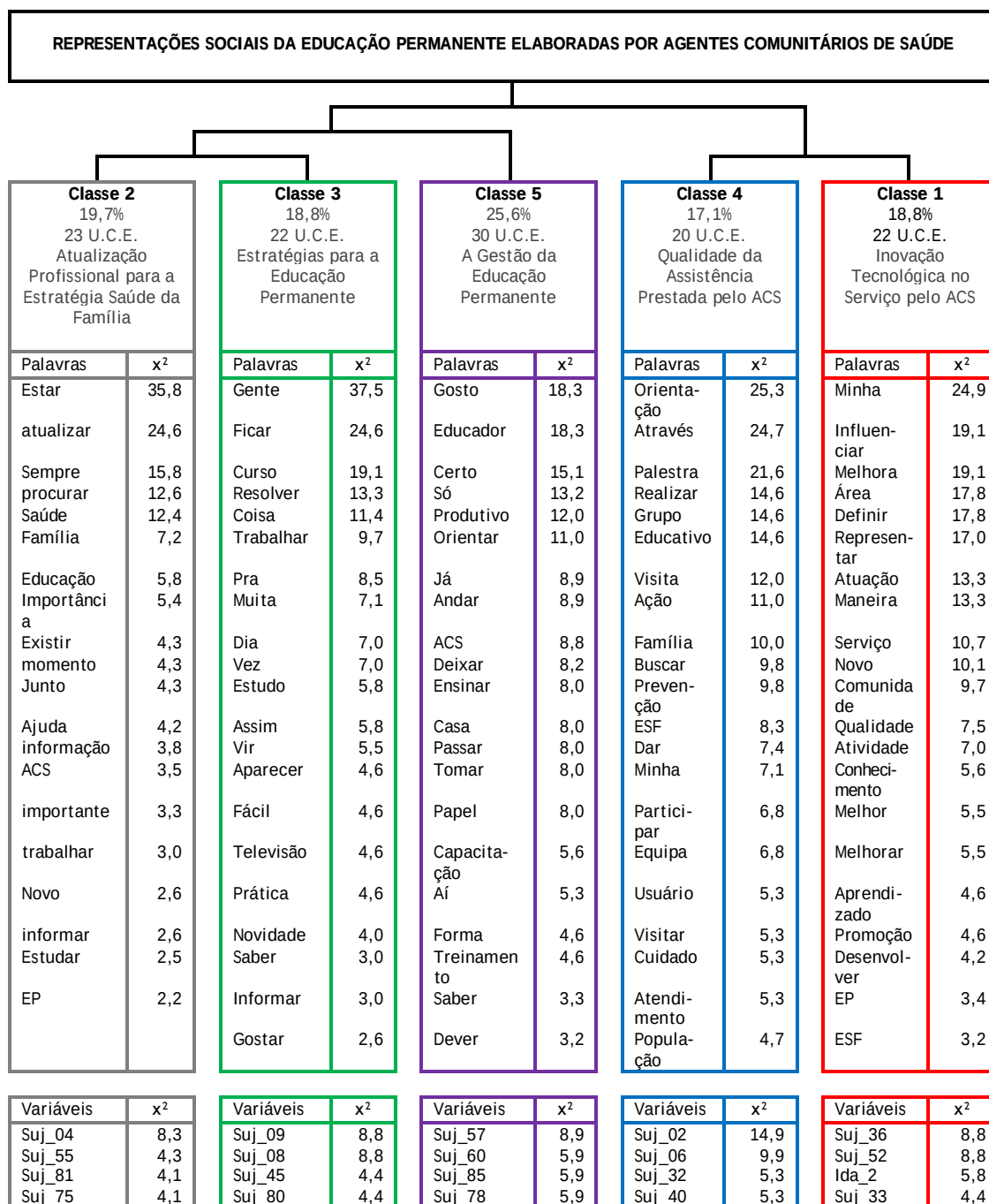


Figura 1 – Representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde

Fonte: Relatório IRAMUTEC, 2015.

Neste estudo, a interpretação e análise dos resultados do *software* possibilitaram a apreensão a partir da organização das contribuições dos sujeitos produtores dos discursos (no caso, os ACS que participaram do estudo), sobre as RS

da educação permanente elaboradas por ACS as quais foram organizadas e interpretadas à luz do referencial teórico deste estudo.

5Discussão

Ao analisar o dendograma formado a partir dos discursos dos ACS, pode-se perceber que a atualização profissional para atuação na estratégia saúde da família está relacionada às estratégias utilizadas para a educação permanente, podendo-se entender que ela não deve ocorrer de qualquer maneira, devendo obedecer a um método eficaz, sendo que essas estratégias sofrem influência direta da gestão para a educação permanente, que engloba desde o gestor maior como o secretário municipal de saúde até a gestão *in loco* da unidade básica de saúde.

Consequentemente, a inovação tecnológica no serviço pelo ACS contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada por esse profissional, conforme será explicitado ao avaliar as classes adiante.

Classe 2- Atualização profissional para a estratégia saúde da família

Nesta classe, o conteúdo das 23 UCE's (que corresponde a 19,66% do *corpus* total) está associado diretamente à classe 3 e ambas estão diretamente relacionadas à classe 5. Os vocábulos (estar, atualizar, sempre) agrupados, e associados aos elementos de maior destaque nas UCE's, destacam conteúdos referentes a vantagens da educação permanente e importância da atualização profissional, bem como da consciência que eles possuem de que a atualização profissional, como eles se referem à educação permanente, é de suma importância para o bom desenvolvimento de suas atividades.

Vale destacar que muitos têm a concepção de que saúde e educação andam juntas, o que é positivo. O que pode ser percebido no discurso:

[...] tem que tá sempre informado de vários dados, educação trabalha junto com saúde, é bom, ajuda muito para nós agentes comunitários de saúde entender, aprender mais as coisas novas e repassar para as famílias nas visitas. (ACS04)

Percebeu-se nos discursos que esses profissionais expressaram a importância e as vantagens da educação permanente em saúde (EPS). Porém, os pressupostos da EPS vêm sendo utilizados ainda de forma fragilizada e eles não compreendem em sua maioria o real objetivo dessa política de educação.

A educação permanente é de fundamental importância para o trabalho do agente comunitário de saúde, sabendo que ele trabalha exatamente com a informação, com a educação. É muito importante ele se manter atualizado. (ACS55)

O tema educação permanente em saúde vem sendo abordado em vários estudos. Para entendermos a sua importância, é necessário conhecer a estratégia educacional que ainda permanece como educação continuada.

A educação continuada é um modelo que possui uma visão institucionalizada e preestabelecida, sem reflexão crítica por parte dos profissionais de saúde. Há uma grande preocupação por parte dos profissionais em relação a procedimentos técnicos, introdução de novos equipamentos, compreendendo a supervisão como um meio de controlar, reconhecer falhas e fiscalizar o trabalho⁸.

Vale ressaltar que o ensino na saúde implica não só transformação da prática, mas principalmente investimento cognitivo para ampliar o sentido dessas

práticas. Essa nova forma de olhar para o ensino significa reaprender a pensar a saúde e o cuidado.

Classe 3- Estratégias para a educação permanente

Nesta classe, o conteúdo das 22 UCE's (que corresponde a 18,8% do *corpus* total) evidencia que a educação permanente não deve acontecer de forma aleatória, e para conseguir melhor proveito deve-se haver estratégias voltadas para poder atingir esse objetivo.

Os vocábulos (gente, ficar, curso, novidade, saber, informar) agrupados, e associados aos elementos de maior destaque nas UCE's, destacam os conteúdos referentes a estratégias utilizadas para educação permanente, como observados no depoimento a seguir: “Hoje em dia, até que aparecem alguns cursos de vez em quando, mas antes não era assim, muitas vezes, a gente tinha que dar conta de coisas que a gente nem sabia direito o que era” (ACS08).

O ACS tem na educação em saúde o principal eixo de seu trabalho, é educador popular, promotor de mudanças, provocador de participação e de transformação social, porém essas são habilidades que precisam ser formadas. Sem qualificação, o ACS fica mais vulnerável a assumir a reprodução de fragmentos do conhecimento instituído no âmbito das profissões em saúde de forma instrumental. Uma possível repercussão desse processo é a incorporação acrítica de práticas educativas⁹.

Pode-se perceber que na maioria dos discursos a educação permanente ancora-se na concepção de educação tradicional, sem tornarem-se sujeitos do processo, talvez até porque ainda recebam educação dessa forma.

A educação permanente é uma estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção e de gestão, de formulação de políticas públicas, de participação popular e de controle social da saúde.

Possibilita uma modificação no comportamento e nas atitudes dos profissionais, fazendo com que estes procurem uma atividade reflexiva de suas ações para assim melhorar o atendimento à comunidade, fazendo com que o ensino-trabalho seja buscado constantemente e os problemas encontrados sejam analisados, para uma profunda reflexão, e, com isso, haja a integração entre o ensino-trabalho-cidadania¹⁰.

O Ministério da Saúde considera a Educação Permanente um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino, ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde. Foi ampliado na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, o desenvolvimento institucional e o controle social em saúde. O SUS Tem a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico¹¹.

Então, essa forma de educação já vem preconizada desde a Constituição e deve ser exercida de forma eficaz, em razão de seus objetivos.

Classe 5- A gestão da educação permanente

Nesta classe, está concentrada a maioria dos discursos. Sendo reforçada a ideia de que a gestão exerce papel fundamental na concretização da educação permanente, pois ela é representada como um guia na realização dessas ações, tanto no que diz respeito à promoção quanto como incentivadora e facilitadora desse processo.

Ao citar gestão, engloba-se tanto os gestores maiores quanto aos profissionais que se situam na ponta, nas unidades básicas de saúde. Estes tem o papel também de incentivar e de exigir os recursos necessários para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente.

A EPS deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, possibilitando o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores, ao passo que busca promover não somente a atualização e a transmissão de novos conhecimentos, mas orienta sua ação em direção à mobilização do potencial criativo e inovador/transformador, capaz de operar novos saberes/conhecimentos no cotidiano de trabalho elaborados no coletivo¹². Sobre essa temática, o ACS57 diz que: “A secretária de saúde tem que trazer mais cursos, todo dia tem coisas novas pra gente aprender” (ACS57). Já o ACS60 afirma o seguinte:

O ACS é um educador [...]. Para ele cumprir o papel direito o ACS deve estar muito bem informado, atualizado. Só que às vezes quando tem treinamentos não é pra todo mundo e quem fica de repassar não repassa. (ACS60)

Nos discursos acima, percebe-se a visão que o ACS já possui, ou seja, ele considera-se também um educador, bem como a importância que dá a educação permanente e a necessidade das constantes atualizações.

São encontradas dificuldades para a atuação do ACS, dentre elas, pode-se citar a maneira como foram incorporados ao modelo de atenção à saúde, considerando a sua atuação limitada, ao se perceber que, embora possuam papéis mais abrangentes, a estruturação dos serviços e as formas de atuação da gestão

acabam impulsionando-os a assumir funções características da assistência em saúde tradicional¹³.

Além do já exposto, pode-se verificar que as composições – saúde e educação e trabalho e educação – são envolvidas por inúmeros processos. Efetivar procedimentos de ensino aprendizagem que sejam respaldados por ações crítico-reflexivas e participativas, capazes de promover mudanças nas diferentes realidades de cada serviço, é um desafio, merecedor de bastante atenção da gestão do qual faz parte¹⁴.

Pode-se verificar que a articulação educação e saúde encontra-se pautada tanto em ações dos serviços de saúde, quanto de gestão e de instituições formadoras. Portanto, faz-se necessário realizar propostas de EPS com profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino a fim de que sejam incorporadas novas mudanças na estrutura do trabalho e do ensino¹⁴.

Em estudo recente, pode-se verificar que um dos fatores observados para a não realização da EPS pelos trabalhadores é a falta de incentivo. Outra razão é a falta de profissionais, em detrimento da grande demanda de atendimentos, o que, por vezes, dificulta a saída destes do campo de trabalho, bem como destinar tempo para a realização de atividades de educação em saúde. Pode-se agregar a esses motivos a falta de um plano político-pedagógico de educação no trabalho, além da falta de uma cultura de educação no trabalho, com comprometimento dos gestores envolvidos¹⁵.

Em virtude do que já foi exposto, pode-se afirmar a relação da tríade atualização profissional, estratégias para educação permanente e a gestão da educação permanente. São três classes interligadas, uma dependendo da outra para poder alcançar seus objetivos.

Classe 4- Qualidade da assistência prestada pelo ACS

A classe 4 apresenta 20 UCE's, o que representa 17,09% do total do *corpus*, e está associada diretamente à classe 1 que se refere à inovação tecnológica no serviço pelo ACS. Os vocábulos mais frequentes e significativos destes segmentos de textos são: orientação, através, palestra. Os conteúdos apreendidos nesta classe discorrem sobre a importância da atualização profissional para o desenvolvimento das atividades realizadas na Estratégia Saúde da Família, como se observa a seguir:

O ACS, por exemplo, saberá lidar melhor com as situações problemas que encontrará nas famílias e prestará uma orientação mais eficiente, principalmente sobre a prevenção de doenças e agravos, educando melhor a população quanto a ações de acolhimento/atendimento no posto, uma vez que uma população bem informada evitará até de adoecer, fazendo valer o verdadeiro objetivo da ESF que é a prevenção. (EE02)

A educação permanente exerce grande influência na qualidade da assistência prestada, não só pelos ACS, mas por toda a equipe. É muito importante conhecer e planejar a força de trabalho em saúde, assegurando que, de fato, o sistema atenda às necessidades e aos direitos dos cidadãos de terem acesso às ações de promoção, proteção, atenção e recuperação da saúde de forma integrada. É preciso investir nos trabalhadores de saúde, qualificando-os e comprometendo-os com a melhoria dos serviços de saúde, no momento e no lugar requeridos, com processos adequados de formação e de educação permanente¹⁶.

A busca por maior qualificação torna o profissional cada vez mais capaz de executar suas ações e de contribuir para o desenvolvimento individual e coletivo, de modo que a qualidade da formação reflete diretamente na qualidade da assistência¹⁷.

Classe 1- Inovação tecnológica no serviço pelo ACS

Na classe 1, o conteúdo das 22 UCE's (que corresponde a 18,80% do *corpus* total) está associado diretamente à classe 4. Os vocábulos (minha, influenciar, melhora, área, definir, representar) agrupados, e associados aos elementos de maior destaque nas UCE's, destacam que a inovação tecnológica no serviço pelo ACS age diretamente na qualidade da assistência prestada pelo mesmo, como segue:

A educação permanente influencia na forma como eu passo as informações dentro da minha área, na maneira como eu repasso as informações, na interação com a população, a educação permanente me mantém atualizada com relação às informações imprescindíveis de serem repassadas a minha comunidade, influencia na minha própria atuação dentro da comunidade. (ACS36)

[...] me sinto responsável por estar representando uma comunidade. Tenho a obrigação de estar continuamente aprendendo algo novo para desenvolver ações eficazes de promoção à saúde. (ACS52)

Nos discursos supracitados pode-se perceber a importância que os ACS dão ao fato de adquirirem conhecimento e poderem utilizá-los na comunidade.

No avanço da ciência, a tecnologia desponta como uma expressão presente nas diversas áreas do conhecimento. Na área da saúde, ela ainda é entendida como equipamentos, maquinários que ajudam a diagnosticar e a cuidar do paciente, porém ela vai mais além e vem a ser intermediada por um saber tecnológico e um *modus operandi*, que se constitui no sentido ou na razão do equipamento¹⁸.

As tecnologias são necessárias nos processos de produção em saúde. Na Estratégia Saúde da Família, foram incorporados novos elementos para a reorientação do processo de trabalho em saúde, destacam-se tecnologias de saúde

como o acolhimento, a produção do vínculo, a autonomização e a gestão compartilhada de processos de trabalho como orientadoras das práticas em serviços de saúde, tendo em vista a necessidade de operar as inovadoras propostas.

Os ACS desenvolvem habilidades no uso de tecnologias baseadas especialmente na relação com o usuário e aprendidas no cotidiano de visitas, casa a casa. Por essas tecnologias, pode-se afirmar que são as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou para a redução dos problemas de saúde, assim, vão além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência à saúde ¹⁹.

A educação permanente possibilitará a participação dos profissionais na responsabilização por uma assistência de qualidade, tornando a tecnologia disponível a serviço do usuário²⁰.

Para que exista a utilização eficaz das tecnologias em saúde na Estratégia Saúde da Família, faz-se necessário que a educação permanente oriente o processo de trabalho dos profissionais, incluindo as necessidades de aprendizagem da equipe multiprofissional a partir dos valores e das necessidades da comunidade em que atuam.

6 Conclusão

O discurso dos ACS entrevistados é rico em opiniões, valores e práticas em torno da Educação Permanente (EP). Percebe-se que seu entendimento sobre o objeto está ancorado na concepção de que EP é uma forma de buscar conhecimento e de atualizar outros que já haviam sido aprendidos, sendo que este conhecimento técnico ou novas tecnologias leva à qualificação de suas ações. A EP está centralmente aportada na noção de educação tradicional.

Vale ressaltar que alguns ACS já vêm incorporando a ideia de que a EP é uma forma de resolução de problemas e estratégias para transformação do processo de trabalho, visto que há troca de saberes entre os sujeitos e os temas para o aprendizado provindo de suas práticas cotidianas.

Essa nova forma de pensar está mais próxima do conceito de EP difundido pela Política Nacional de Educação Permanente, gerando práticas mais integrais. Essas novas práticas têm potência de realmente transformar o processo de trabalho para um cuidado centrado nas reais necessidades da população.

A gestão ocupa o papel central nesse processo de construção. Quando se fala em gestão, verificamos um contexto abrangente, no que diz respeito a investimentos, incentivos e promoção da educação permanente propriamente dita; devendo-se lembrar da gestão *in loco*, nas próprias unidades de saúde que possui o papel de cobrar a efetivação das políticas voltadas para educação permanente, insumos necessários e também estimular esse processo.

Salienta-se que enquanto a gestão mantiver o enfoque tecnicista e imediatista, as transformações serão apenas superficiais e não duradouras. A potência pedagógica da EP tem de ser descentralizada e disseminada entre trabalhadores, gestores, formadores e usuários.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir para melhor conhecer a realidade da EPS dos profissionais ACS no município estudado e pode ser utilizado como norteador na implementação de estratégias para EPS. Porém, o mesmo apresenta limitação, pois se concentra apenas em um ator deste processo, indicando a necessidade e a pertinência de estudos que o complementem por meio do olhar de outros profissionais que também compõem a Estratégia Saúde da Família.

Referências

1. Sudhir K, Jaganath S, Vijay SGC, Penny D, Robin H, Neena K, et al. Community health workers can identify and manage possible infections in neonates and young infants: MINI-a model from Nepal. *J Health Popul Nutr.* 2011;29(3):255-64.

2. Victora CG, Barreto ML, Do Carmo LM, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet.* 2011;377(9782):2042-53.

3. Little CV. Integrative health care: implications for nursing practice and education. *Br J Nurs.* 2013;22(20):1160-4.

4. Pietro-Valesco M, Bagnis, CI, Dean J, Goovaerts T, Melander S, Mooney A, et al. Predialysis education in practice: a questionnaire survey of centres with established programmes. *BMC Research Notes.* 2014;7:730 doi:10.1186/1756-0500-7-730.

5. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2007.

6. Matheus MCM, Fustineri SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. 10ª ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006.

7. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol.* 2013 Dez [acesso em 2015 Jun 18];21(2):513-8. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>

8. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. 2009 [acesso em 2015 Set 18];248. ISBN 978-85-7983-009-9. Disponível em: <http://books.scielo.org>

9. Montanha D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo.* 2010;44(3).

10. Fonseca AF, Morosini MVGC; Mendonça MHM. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. *Trab. educ. saúde,*

2013 Dez, Rio de Janeiro [acesso em 2015 Abr 10]; 11(3):525-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300005&lng=en&nrm=iso

11. Tanji S, Silva CMSLMD, Albuquerque VS, Viana LO, Santos NMP. Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre. 2010 Set;31(3).

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS; 2009.

13. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho MD, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. Saúde debate. 2014;237-51.

14. Silva SS, Bonfim ES, Silva MA, Sousa NS. Agente comunitário em saúde: o uso da educação em saúde como facilitadora do cuidado. Em Extensão. 2014;13(2):122-128.

15. Bornstein VJ, Morel CM, Pereira I, Lopes MR. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2014;18:1327-39.

16. Nideck RLP, Queiroz PP. Perspectivas para o ensino na saúde: do apagão educacional à política de educação permanente. Trabalho, Educação e Saúde. 2014 [acesso em 2015 Jun 19];13(1):159-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100159&lng=en&lng=pt.10.1590/1981-7746-sip00022

17. Silva SHS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública. 2014;48(1):170-85.

18. Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. Carta de Belém para a educação em enfermagem brasileira. Rev Brasileira de Enfermagem. 2012 Jul/ago;65(4).

19. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública, 2014 Fev, São Paulo [acesso em 2015 Mai 25];48(1). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>

20. Signor E, Silva LAA, Gomes IEMG, Ribeiro RV, Kessler M, Weiller TH, et al. Educação Permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. Revista de Enfermagem da UFSM. 2015;5(1):1-11.

4.2 Produto: Blog Construindo Saúde

A contribuição deste estudo para os agentes comunitários de saúde constitui-se em apresentar uma proposta de intervenção por meio da elaboração e construção de uma plataforma *on line*, podendo-se chamar: *Blog Construindo Saúde*, voltado para a reorientação dos profissionais agentes comunitários de saúde na sua prática de trabalho, informando novas diretrizes, cursos de atualização, discussão de casos entre outros.

Pensou-se nesse produto devido ao fato de ser uma forma dinâmica e continuamente atualizada, no que se refere à temática definida, levando em consideração vários pontos importantes, dentre esses se destaca a facilidade de acesso à internet, pois, nos últimos anos, esta vem se difundindo cada vez mais rápida entre as classes sociais, viabilizando, assim, e de forma ágil, o acesso às informações acerca de qualquer temática.

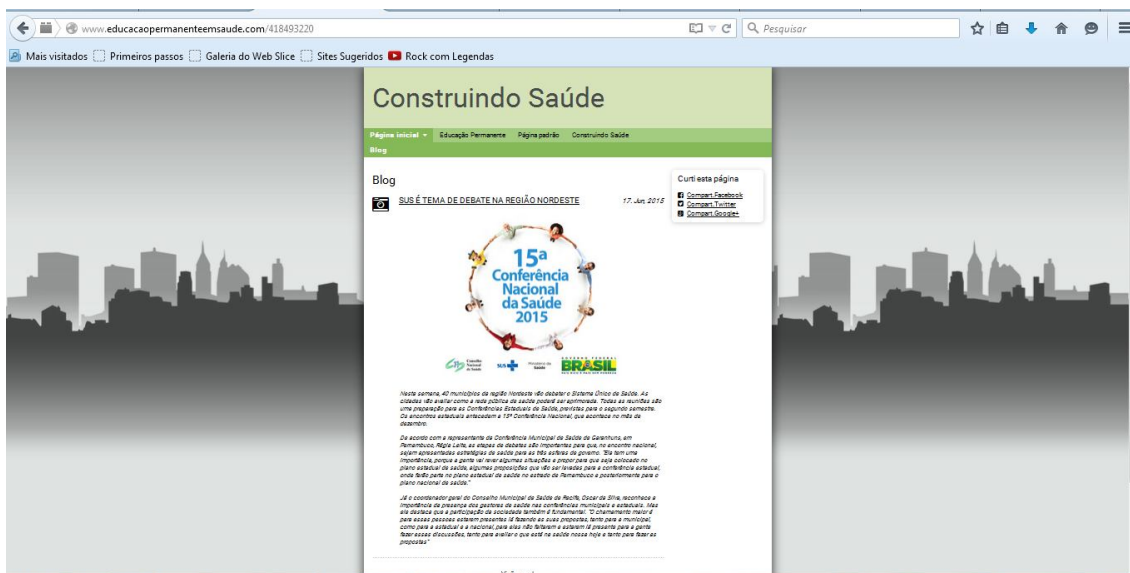
Os temas tratados serão abrangentes e sempre voltados para o SUS e Estratégia Saúde da Família. Espera-se que a plataforma *on line* – www.educacaopermanenteemsaude.com possa reorientar os agentes comunitários de saúde e todos os envolvidos na ESF.



Curti esta página

 [Compartilhe no Facebook](#)
 [Compartilhe no Twitter](#)
 [Compartilhe no Google+](#)

Eu sou Suziane Martins, criadora da página www.educacaopermanenteemsaude.com, sou enfermeira e atuo há quase 10 anos na Estratégia Saúde da Família. A ideia de criar a página veio com a necessidade de criar um produto final a ser apresentado na conclusão do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNIVIVA/RN, Teresina-PI, que pudesse ser útil, abrangesse o tema estudado na minha pesquisa (REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE ELABORADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE) e com o seguinte questionamento: de que maneira poderia se contribuir para a educação permanente em saúde dos agentes comunitários de saúde? Então decidi criar essa página, devido a Internet ser hoje uma ferramenta de ampla divulgação e fácil acesso. Então, www.educacaopermanenteemsaude.com.br, tem a finalidade de interagir com os agentes comunitários de saúde informando sobre novas diretrizes, cursos de atualização, discussão de casos, entre outros. Então! Fiquem a vontade! A página é de vocês!



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificar a representação social da EP para os ACS proporcionou um olhar mais próximo para a dimensão educativa do trabalho destes profissionais, buscando entender suas práticas para assim poder interferir em seu processo de trabalho para melhor qualificação de suas ações, podendo refletir em uma assistência à saúde de melhor resolutividade, otimizando, desse modo, o seu trabalho.

A RS de EP para a maioria dos ACS estudados ainda é pautada no conceito de educação tradicional. O discurso dos ACS entrevistados é rico em opiniões, valores e práticas em torno da Educação Permanente (EP). Percebe-se que seu entendimento sobre o objeto é permeado pela concepção de que EP é uma forma de buscar conhecimento e de atualizar outros que já haviam sido aprendidos, sendo que este conhecimento técnico leva a qualificação de suas ações. A EP está centralmente ancorada na noção de educação clássica.

Alguns ACS acreditam que a EP é uma forma de resolução de problemas e estratégias para transformação do processo de trabalho, configurando-se em uma troca de saberes entre os sujeitos, cujos temas para o aprendizado provêm de suas práticas cotidianas. Estes novos conceitos estão mais próximos do conceito de EP preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente e geram práticas mais integralizadoras, que, através da problematização das mesmas, tem um real potencial para transformar o processo de trabalho em um cuidado centrado nas reais necessidades da população.

Nesse contexto, insere-se a EP que visa à transformação dos trabalhadores a partir da modificação de valores e conceitos, colocando-os no centro do processo de ensino e aprendizagem. É fundamental que os ACS sintam-se responsáveis e sujeitos ativos de mudanças na construção de um campo da saúde que não é privativo de nenhum núcleo profissional, mas que se constitui nas relações entre seus diversos atores.

A atualização profissional está intimamente relacionada às estratégias para a EP, sabendo-se que ela não deve ser realizada de qualquer forma, deve partir de um contexto e o ACS deve ser ator desse processo de mudanças, incorporando novas tecnologias e pondo em prática no seu processo de trabalho.

Vale destacar que a gestão ocupa o papel central nesse processo de construção. Se a gestão mantiver o enfoque tecnicista e imediatista, exigindo da equipe a produção de procedimentos, as transformações serão apenas superficiais e não duradouras. A potência pedagógica da EP tem que ser descentralizada e disseminada entre trabalhadores, gestores, formadores e usuários.

Para que a ESF cumpra o seu papel, é indispensável investir em quem faz a ESF acontecer todos os dias. A qualificação dos profissionais é peça fundamental para melhoria da qualidade da atenção oferecida à população.

Acredita-se que esse trabalho pode contribuir para melhor conhecer a realidade da EPS dos profissionais ACS no município estudado e pode ser utilizado como norteador na implementação de estratégias para EPS.

Observou-se que este estudo apresenta uma limitação, pois se concentra apenas em um ator desse processo, neste momento histórico, indicando a necessidade e a pertinência de estudos que o complementem através do olhar dos outros atores envolvidos na ESF.

REFERÊNCIAS

- ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FERREIRA, Márcia de Assunção. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.
- ARAÚJO, Bianca de Oliveira et al. Educação permanente em saúde:(re)orientação das práticas de ensino/aprendizagem dos ACS. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 dez. 2013.
- BORNSTEIN, Vera Joana; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Política Nacional de Saúde Bucal: Princípios, Objetivos, Prioridades**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília:Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. **Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde:2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011**. Brasília: Ministério da Saúde: 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde: 2012.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 dez. 2013.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente do Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

EULÁLIO, Maria do Carmo; SANTOS, Ellis Regina Ferreira dos; ALBUQUERQUE, Tiago Paz e. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem-usuário no contexto do Programa Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2014.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; SPINETTI, Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 dez. 2013.

FILGUEIRAS, A. S. Agente Comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000300008&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2011.

LUPPI, Carla Gianna et al. Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica. In: IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'angelo. **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2011, p. 332-351.

MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa Qualitativa em enfermagem**. 10. ed. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

MELO, Marilene Barros de; QUINTÃO, Ana Flávia; CARMO, Rose Ferraz. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde Soc**, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MONTANA, D.; Peduzzi, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 2010.

MOSCOVICI, Serge. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. Prefácio. In: Jodelet D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CORREA, Carlos Roberto da Silveira. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2014.

NUNES, Mônica de Oliveira 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, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 dez. 2013.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 dez. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Fundo das Nações para a Infância. **Cuidados Primários de Saúde** – Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata. URSS. Brasília: UNICEF, 1979.

PESSANHA, Renan Vasconcelos; CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. A aprendizagem – trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto – Enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 2, jun. 2009.

RICALDONI, C. A. C; SENA, R. R. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-Americana Enfermagem**, v. 14, n. 12, p. 637-42, 2006.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde debate**, v. 38, 2014.

SANES, M.S. Discursos Possíveis da Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

SANTOS, George Amaral; NUNES, Mônica de Oliveira. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis**, v. 24, n. 1, p. 105-125, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100105&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100007>>. Acesso em: 18 mai. 2015.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.31, n.3, set. 2010.

SILVA, Simone Santana da et al. Agente comunitário em saúde: o uso da educação em saúde como facilitadora do cuidado. **Em Extensão**, v. 13, n. 2, p. 122-128, 2015.

SPINK, Mary Jane P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0102-311X1993000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA DA PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE ELABORADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Roteiro de entrevista da Pesquisa

Depoente nº:

1 Caracterização dos sujeitos:

1.1 Gênero:

1.2 Idade:

1.3 Nível de escolaridade:

2 Como você define Educação Permanente?

3 Como você representa a Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família?

4 Como a Educação Permanente influencia na qualidade da assistência prestada por você?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à **dignidade humana** exige que toda pesquisa se processe após **consentimento livre e esclarecido dos participantes**, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (IV, da Res. 466/12, do CNS). Para melhor esclarecer-lhe, de acordo com a Resolução 466/12, do CNS, é vedada ao responsável e ao participante pesquisado, individual ou coletivamente, **de caráter voluntário, qualquer forma de remuneração**. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

O (a) Senhor (a) está sendo consultado a fim de autorizar ou não a sua participação como participante de pesquisa. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar a sua participação na pesquisa, assine este documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. **Você poderá retirar a autorização e recusar-se em participar de imediato e a qualquer tempo sem que com isto haja qualquer penalidade.**

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Projeto de Pesquisa intitulado: **Representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde**

Pesquisador Responsável: Suziane Martins Carvalho

Pesquisador participante: Profª Drª Maria Eliete Batista Moura

O (a) Senhor (a) está sendo consultado sobre a autorização para a participação como participante da pesquisa **Representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde**. A pesquisa tem como objetivos caracterizar os aspectos sociodemográficos dos agentes comunitários de saúde, apreender as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde, analisar como as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde interferem na assistência prestada na Estratégia Saúde da Família e desenvolver uma

hi *duartim*

ferramenta de comunicação (blog) com a finalidade de interagir com os agentes comunitários de saúde informando sobre novas diretrizes, cursos de atualização, discussão de dados, dentre outros. Os dados serão obtidos por meio de entrevista, com um roteiro semi-estruturado, que abordará as características sócio-demográficas dos agentes de saúde que aceitarem participar do estudo e questões abertas pertinentes a representações sociais e educação permanente. É importante sua participação a fim de contribuir para os serviços de saúde.

A pesquisa será realizada pela pesquisadora Suziane Martins Carvalho sob orientação de Profª Drª Maria Eliete Batista Moura. No estudo a identidade do (a) agente de saúde (a) será mantida em sigilo.

Como benefício, o estudo possibilitará mesmo que não imediato, informações detalhadas sobre o objeto proposto e o desenvolvimento de programas educativos que beneficiem a melhoria da qualificação dos agentes de saúde.

Os riscos serão mínimos relativos ao constrangimento nos procedimentos para realização da entrevista e também pela ocupação do tempo de suas atividades de trabalho, porém o participante ficará à vontade para participar da pesquisa e responder ou não aos questionamentos propostos. Não haverá qualquer forma de pagamento ou gratificação financeira pela participação no estudo e caso o (a) senhor (a) se recuse a participar sua vontade será respeitada sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. A sua participação ocorrerá apenas em um único momento, no dia da coleta de dados através da apresentação de respostas ao questionário pelo pesquisador responsável. Contudo, o (a) senhor (a) terá acesso em qualquer momento antes, durante e após a realização de coleta de dados ao pesquisador responsável e participante na pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, inclusive através de ligações a cobrar, conforme contatos a seguir apresentados.

Pesquisador responsável: Suziane Martins Carvalho; telefone (86) 9971-2522; e-mail: suzinhamc@hotmail.com

Pesquisadora participante: Profª Drª Maria Eliete Batista Moura; telefone (86)2106-0723; e-mail: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br

Os pesquisadores comprometem-se, por meio deste termo, em respeitar os seguintes princípios éticos:

hi. elartim.

- Não divulgar o nome das pessoas que participarem deste estudo, seja no seu decorrer ou no seu encerramento;
- Não fornecer, em hipótese alguma, cópia de informações obtidas a pessoas estranhas, além do grupo de pesquisa.
- Permanecer acessíveis em qualquer etapa da pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou desistência do consentimento.

Suziane Martins Carvalho

Suziane Martins Carvalho

Pesquisadora Responsável (CPF 00684766396)

Maria Eliete Batista Moura

Maria Eliete Batista Moura

Pesquisadora Participante (CPF 13905414368)

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, RG (CPF/ n° de prontuário/ n° de matrícula s/n) _____, abaixo assinado, _____ autorizo a participação voluntária no projeto de pesquisa intitulada **Representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde**, que tem como pesquisadora responsável Maria de Fátima Barbosa Emérito Ulisses. Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, informações sobre objetivos, procedimentos e benefícios da pesquisa, a ausência de desconfortos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, em conformidade com o estabelecido na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Declaro, ainda, Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador (a) _____ sobre a pesquisa e sobre minha decisão em autorizar a minha participação nesse estudo como participante da pesquisa e, sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a participar da pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o meu consentimento. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que não implica em riscos,

h. martins

dor ou dano, e que tem garantia do acesso à pesquisa em qualquer tempo. Em caso de dúvida, sou ciente de que posso procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Concordo em autorizar a minha participação **voluntária** nesta pesquisa. Eu, _____ obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação da pesquisa.

_____, ____ de ____ 20____

Assinatura do pesquisado

Suziane Martins Carvalho

Suziane Martins Carvalho

Pesquisadora Responsável (CPF 00684766396)

Maria Eliete Batista Moura

Maria Eliete Batista Moura

Pesquisadora Participante (CPF 13905414368)

Observações Complementares:

Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPÍ, Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai, CEP: 64057-100, telefone: 2106 – 0726, ou pelo e-mail cep@uninovafapi.edu.br

APÊNDICE C – VOCABULÁRIO ESPECÍFICO DA CLASSE 1



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAP

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Vocabulário específico da classe 1

CHD Perfis AFC							
1 Classe 1 22/117 18.8% 2 Classe 2 23/117 19.66% 3 Classe 3 22/117 18.8% 4 Classe 4 20/117 17.09% 5 Classe 5 30/117 25.64%							
im	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0	11	18	61.11	24.94	adj	minha	< 0,0001
1	9	15	60.0	19.13	ver	influenciar	< 0,0001
2	9	15	60.0	19.13	nom	melhora	< 0,0001
3	4	4	100.0	17.88	ver	atender	< 0,0001
4	6	8	75.0	17.76	nom	área	< 0,0001
5	6	8	75.0	17.76	ver	definir	< 0,0001
6	10	19	52.63	17.0	ver	representar	< 0,0001
7	3	3	100.0	13.3	nom	atuação	0.00026
8	3	3	100.0	13.3	nom	maneira	0.00026
9	5	8	62.5	10.74	nom	serviço	0.00104
10	7	14	50.0	10.14	adj	novo	0.00145
11	9	21	42.86	9.7	nom	comunidade	0.00184
12	7	16	43.75	7.55	nom	qualidade	0.00598
13	5	10	50.0	6.97	nom	atividade	0.00828
14	10	30	33.33	5.58	nom	conhecimento	0.01817
15	8	22	36.36	5.47	adj	melhor	0.01932
16	4	8	50.0	5.47	ver	melhorar	0.01930
17	2	3	66.67	4.62	nom	aprendizado	0.03160
18	2	3	66.67	4.62	nom	promoção	0.03160
19	4	9	44.44	4.2	ver	desenvolver	0.04045
20	18	76	23.68	3.38	nr	ep	NS (0.06583)
21	4	10	40.0	3.22	nr	esf	NS (0.07284)
22	2	4	50.0	2.64	ver	aumentar	NS (0.10420)
23	11	25	44.0	13.22	adj_sup	meu	0.00027
24	18	70	25.71	5.45	pre	em	0.01955
25	14	50	28.0	4.84	nom_sup	trabalho	0.02785
26	2	2	100.0	8.79		*Suj_36	0.00303
27	2	2	100.0	8.79		*Suj_52	0.00303
28	11	34	32.35	5.76		*Ida_2	0.01636
29	1	1	100.0	4.36		*Suj_33	0.03689
30	1	1	100.0	4.36		*Suj_37	0.03689
31	1	1	100.0	4.36		*Suj_41	0.03689

APÊNDICE D – VOCABULÁRIO ESPECÍFICO DA CLASSE 2



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Vocabulário específico da classe 2

Classe 1 2/117 3.8% 2 Classe 2 23/117 19.66% 3 Classe 3 22/117 18.8% 4 Classe 4 20/117 17.09% 5 Classe 5 30/117 25.64%							
n	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0	14	21	66.67	35.81	ver	estar	< 0,0001
1	13	23	56.52	24.63	ver	atualizar	< 0,0001
2	11	22	50.0	15.79	adv	sempre	< 0,0001
3	5	7	71.43	12.63	ver	procurar	0.00037
4	9	18	50.0	12.4	nom	saúde	0.00042
5	8	19	42.11	7.24	nom	família	0.00714
6	7	17	41.18	5.83	nom	educação	0.01574
7	6	14	42.86	5.42	nom	profissional	0.01991
8	3	5	60.0	5.38	nom	importância	0.02034
9	2	3	66.67	4.31	ver	existir	0.03793
10	2	3	66.67	4.31	nom	momento	0.03793
11	2	3	66.67	4.31	adv	junto	0.03793
12	8	23	34.78	4.15	nom	ajuda	0.04172
13	4	9	44.44	3.79	nom	informação	NS (0.05147)
14	11	37	29.73	3.48	nr	acs	NS (0.06228)
15	5	13	38.46	3.27	adj	importante	NS (0.07038)
16	7	21	33.33	3.03	ver	trabalhar	NS (0.08171)
17	5	14	35.71	2.6	adj	novo	NS (0.10714)
18	5	14	35.71	2.6	ver	informar	NS (0.10714)
19	3	7	42.86	2.54	ver	estudar	NS (0.11119)
20	18	76	23.68	2.23	nr	ep	NS (0.13571)
21	22	76	28.95	11.85	ver_sup	ser	0.00057
22	2	3	66.67	4.31	pre	sem	0.03793
23	12	43	27.91	2.93	adv_sup	muito	NS (0.08699)
24	4	10	40.0	2.86	adv_sup	bem	NS (0.09053)
25	3	7	42.86	2.54	sw	nós	NS (0.11119)
26	10	35	28.57	2.51	adj_sup	bom	NS (0.11297)
27	9	31	29.03	2.35	art_def	uma	NS (0.12556)
28	2	2	100.0	8.32		*Suj_04	0.00392
29	2	2	100.0	8.32		A	0.00392
30	2	2	100.0	8.32		EP	0.00392
31	2	3	66.67	4.31		*Suj_55	0.03793
32	1	1	100.0	4.12		*Suj_81	0.04232
33	1	1	100.0	4.12		*Suj_75	0.04232
34	1	1	100.0	4.12		*Suj_14	0.04232
35	1	1	100.0	4.12		*Esc_1	0.04232
36	16	66	24.24	2.01		*Ida_3	NS (0.15577)

APÊNDICE E – VOCABULÁRIO ESPECÍFICO DA CLASSE 3



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Vocabulário específico da classe 3

1 Classe 1 22/117 18.8%	2 Classe 2 23/117 19.66%	3 Classe 3 22/117 18.8%	4 Classe 4 20/117 17.09%	5 Classe 5 30/117 25.64%			
num	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0	19	37	51.35	37.55	nom	gente	< 0,0001
1	12	21	57.14	24.64	ver	ficar	< 0,0001
2	9	15	60.0	19.13	nom	curso	< 0,0001
3	3	3	100.0	13.3	ver	resolver	0.00026
4	4	5	80.0	12.81	nom	problema	0.00034
5	10	23	43.48	11.42	nom	coisa	0.00072
6	9	21	42.86	9.7	ver	trabalhar	0.00184
7	6	12	50.0	8.52	nr	pra	0.00350
8	4	7	57.14	7.17	adj	muita	0.00742
9	5	10	50.0	6.97	nom	dia	0.00828
10	5	10	50.0	6.97	nom	vez	0.00828
11	3	5	60.0	5.81	nom	estudo	0.01597
12	3	5	60.0	5.81	adv	assim	0.01597
13	4	8	50.0	5.47	ver	vir	0.01930
14	2	3	66.67	4.62	ver	aparecer	0.03160
15	2	3	66.67	4.62	adj	fácil	0.03160
16	2	3	66.67	4.62	nom	televisão	0.03160
17	2	3	66.67	4.62	nom	prática	0.03160
18	3	6	50.0	4.03	nom	novidade	0.04466
19	7	22	31.82	3.01	ver	saber	NS (0.08295)
20	5	14	35.71	2.98	ver	informar	NS (0.08436)
21	2	4	50.0	2.64	ver	gostar	NS (0.10420)
22	4	5	80.0	12.81	art_def	esse	0.00034
23	7	18	38.89	5.62	ver_sup	ir	0.01774
24	10	32	31.25	4.47	art_def	um	0.03450
25	8	28	28.57	2.3	adv_sup	não	NS (0.12934)
26	2	2	100.0	8.79		*Suj_09	0.00303
27	2	2	100.0	8.79		*Suj_08	0.00303
28	1	1	100.0	4.36		*Suj_45	0.03689
29	1	1	100.0	4.36		*Suj_80	0.03689
30	1	1	100.0	4.36		*Suj_23	0.03689
31	1	1	100.0	4.36		*Suj_30	0.03689
32	3	6	50.0	4.03		*Suj_44	0.04466
33	16	66	24.24	2.93		*Ida_3	NS (0.08674)

APÊNDICE F – VOCABULÁRIO ESPECÍFICO DA CLASSE 4



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPÍ

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Vocabulário específico da classe 4

1 Classe 1 22/117 18.8%	2 Classe 2 23/117 19.66%	3 Classe 3 22/117 18.8%	4 Classe 4 20/117 17.09%	5 Classe 5 30/117 25.64%			
num	eff. s.t.	eff. total	percentage	chi2	Type	forme	p
0	5	5	100.0	25.33	nom	orientação	< 0,0001
1	6	7	85.71	24.74	adv	através	< 0,0001
2	7	10	70.0	21.6	nom	palestra	< 0,0001
3	4	5	80.0	14.58	ver	realizar	0.00013
4	4	5	80.0	14.58	nom	grupo	0.00013
5	4	5	80.0	14.58	adj	educativo	0.00013
6	8	16	50.0	14.16	nom	qualidade	0.00016
7	6	11	54.55	12.02	nom	visita	0.00052
8	4	6	66.67	10.97	nom	ação	0.00092
9	8	19	42.11	10.01	nom	família	0.00155
10	3	4	75.0	9.8	ver	buscar	0.00174
11	3	4	75.0	9.8	nom	prevenção	0.00174
12	5	10	50.0	8.35	nr	esf	0.00384
13	6	14	42.86	7.45	ver	dar	0.00635
14	7	18	38.89	7.13	adj	minha	0.00757
15	3	5	60.0	6.78	ver	participar	0.00919
16	3	5	60.0	6.78	nom	equipa	0.00919
17	2	3	66.67	5.34	nom	usuário	0.02085
18	2	3	66.67	5.34	ver	visitar	0.02085
19	2	3	66.67	5.34	nom	cuidado	0.02085
20	2	3	66.67	5.34	nom	atendimento	0.02085
21	5	13	38.46	4.71	nom	população	0.02995
22	6	18	33.33	3.96	nom	saúde	0.04663
23	2	4	50.0	3.16	nom	doença	NS (0.07526)
24	2	4	50.0	3.16	nom	melhoria	NS (0.07526)
25	2	4	50.0	3.16	ver	considerar	NS (0.07526)
26	2	4	50.0	3.16	ver	trazer	NS (0.07526)
27	3	8	37.5	2.52	ver	melhorar	NS (0.11218)
28	3	8	37.5	2.52	adv	principalmente	NS (0.11218)
29	3	3	100.0	14.93	pre	entre	0.00011
30	2	3	66.67	5.34	pre	sobre	0.02085
31	8	25	32.0	4.98	adj_sup	meu	0.02557
32	16	70	22.86	4.08	pre	em	0.04329
33	6	18	33.33	3.96	pre	por	0.04663
34	19	96	19.79	2.75	pre	de	NS (0.09746)
35	3	3	100.0	14.93		*Suj_02	0.00011
36	2	2	100.0	9.87		*Suj_06	0.00168

APÊNDICE G – VOCABULÁRIO ESPECÍFICO DA CLASSE 5



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAP

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Vocabulário específico da classe 5

1 Classe 1 2 Classe 2 3 Classe 3 4 Classe 4 5 Classe 5 22/117 23/117 22/117 20/117 30/117 18.8% 19.66% 18.8% 17.09% 25.64%							
um	eff. s.t.	eff. total	pourcentage	chi2	Type	forme	p
0	6	6	100.0	18.34	nom	gosto	< 0,0001
1	6	6	100.0	18.34	nom	educador	< 0,0001
2	5	5	100.0	15.15	adj	certo	< 0,0001
3	10	16	62.5	13.21	nr	só	0.00027
4	4	4	100.0	12.01	adj	produtivo	0.00052
5	5	6	83.33	11.04	ver	orientar	0.00089
6	3	3	100.0	8.93	adv	lá	0.00280
7	3	3	100.0	8.93	nom	andar	0.00280
8	16	37	43.24	8.79	nr	acs	0.00302
9	6	9	66.67	8.61	ver	educar	0.00334
10	5	7	71.43	8.19	ver	deixar	0.00421
11	4	5	80.0	8.09	ver	ensinar	0.00443
12	4	5	80.0	8.09	nom	casa	0.00443
13	4	5	80.0	8.09	ver	passar	0.00443
14	4	5	80.0	8.09	ver	tomar	0.00443
15	4	5	80.0	8.09	nom	papel	0.00443
16	4	6	66.67	5.58	nom	capacitação	0.01813
17	3	4	75.0	5.29	adv	ai	0.02142
18	5	9	55.56	4.58	nom	forma	0.03241
19	5	9	55.56	4.58	nom	treinamento	0.03241
20	9	22	40.91	3.31	ver	saber	NS (0.06874)
21	3	5	60.0	3.23	ver	dever	NS (0.07212)
22	3	5	60.0	3.23	nom	segurança	NS (0.07212)
23	3	5	60.0	3.23	ver	contribuir	NS (0.07212)
24	2	3	66.67	2.72	nom	ensino	NS (0.09922)
25	2	3	66.67	2.72	ver	pensar	NS (0.09922)
26	2	3	66.67	2.72	nom	oportunidade	NS (0.09922)
27	2	3	66.67	2.72	ver	prevenir	NS (0.09922)
28	10	16	62.5	13.21	adv_sup	também	0.00027
29	16	35	45.71	10.55	ver_sup	ter	0.00115
30	13	28	46.43	8.34	adv_sup	não	0.00387
31	6	10	60.0	6.77	nom_sup	pessoa	0.00926
32	8	17	47.06	4.79	ver_sup	poder	0.02870
33	10	23	43.48	4.78	ver_sup	fazer	0.02883
34	22	71	30.99	2.71	art_def	o	NS (0.09998)
35	23	76	30.26	2.43	ver_sup	ser	NS (0.11902)
36	21	69	30.43	2.03	pre	para	NS (0.15451)

ANEXOS

ANEXO A – SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai
CEP: 64073-505, Teresina - Piauí
Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740

SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Teresina, 18 de novembro de 2014.

Ilmo.Senhor Secretário Municipal de Saúde de Barras- PI,

Eu, Suziane Martins Carvalho, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família e responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: “Representações Sociais da Educação Permanente Elaboradas por Agentes comunitários de Saúde”, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Eliete Batista Moura, venho solicitar autorização, para realizar coleta de dados, por meio de questionário semiestruturado com perguntas abertas, aos Agentes Comunitários de Saúde que pertencem ao quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Barras.

Informamos que após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI, a coleta de dados será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa Coordenação e obedecendo aos princípios éticos regidos na Resolução nº. 466 12, do Conselho Nacional de Saúde. Contando com autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento, ao tempo em que agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Contato do pesquisador responsável: suzinhamc@hotmail.com
Fone: (86)99712522

Atenciosamente,

Suziane Martins Carvalho

CPF: 00684766396

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



CENTRO UNIVERSITÁRIO-UNINOVAFAPI

PROGRAMA PROFISSIONAL DE MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

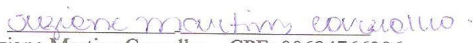
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Teresina, 21 de novembro de 2014

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Eu SUZIANE MARTINS CARVALHO, pesquisador responsável e MARIA ELIETE BATISTA MOURA, pesquisadora participante da pesquisa intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE ELABORADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE”, declaramos que:

- Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de SUZIANE MARTINS CARVALHO da área de Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi realizada.


Suziane Martins Carvalho – CPF: 00684766396
Pesquisador Responsável

Maria Eliete Batista Moura – CPF: 13905414368
Pesquisador Participante

ANEXO C – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP DO PROJETO DE PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai
CEP: 64073-505, Teresina - Piauí
Fone: (86) 2106-0700 / Fax: (86) 2106-0740

CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP DO PROJETO DE PESQUISA

Teresina, 21 de novembro de 2014.

Ilmo. (a) Sr(a). **Francisca Tereza Coelho Matos**
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Cara Professora,

Envio-lhe o projeto de pesquisa intitulado: Representações Sociais da Estratégia Saúde da Família Elaboradas por Agentes comunitários de Saúde, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Declaração de Compromisso dos Pesquisadores, para a apreciação por esse Comitê.

Confirmo que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo normativo da **Resolução 466/12** do CNS, e de que as normas ali constantes devem ser cumpridas incondicionalmente.

Confirmo também:

1. Que esta pesquisa ainda não foi iniciada;
2. Que não há participação estrangeira nesta pesquisa;
3. Que comunicarei ao CEP/ UNINOVAFAPI os eventos adversos ocorridos com o participante da pesquisa;
4. Que apresentarei relatório parcial e final desta pesquisa ao CEP/ UNINOVAFAPI;
 1. Que retirarei por minha própria conta os pareceres consubstanciados e os levarei a secretaria do CEP/ UNINOVAFAPI para serem assinados pelo(a) coordenador(a) do referido CEP.

Atenciosamente,

Suziane Martins Carvalho – CPF: 00684766396

Pesquisador(a) Responsável

Nome: Suziane Martins Carvalho

CPF: 00684766396

Instituição: Centro Universitário UNINOVAFAPI

Área: Saúde

Coordenação do Curso: Mestrado em Saúde da Família

ANEXO D – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 02.361.201/0001-40
Rua Coronel Correia, nº 115 - Centro
CEP 64.100-000 / Fone: 3242-1221



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE ELABORADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo as pesquisadoras Suziane Martins Carvalho e Maria Eliete Batista Moura realizarem a coleta de dados de pesquisa acima citada, a mesma consiste em entrevista com um roteiro semi- estruturado com os Agentes Comunitários de Saúde utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Teresina, 18 de novembro de 2014.

Antônio Carlos de Sousa Melo
Dr. Antônio Carlos de Sousa Melo
Secretário Mun. de Saúde

Antônio Carlos de Sousa Melo

Secretário Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Barras- Pi

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE ELABORADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Pesquisador: SUZIANE MARTINS CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40842114.5.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 965.971

Data da Relatoria: 23/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de campo, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, será realizada com 110 agentes comunitário de saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família de Barras- PI. Será realizada a análise dos dados textuais visando descobrir a informação essencial do texto. A Educação Permanente na Saúde é uma estratégia voltada para a reflexão dos profissionais acerca dos problemas surgidos no ambiente de trabalho com a finalidade de propor mudanças na realidade e convergir com o novo modelo de assistência à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Representar é considerado decisivo para o estabelecimento das inter-relações sociais, é capaz de transformar as culturas no tempo e no espaço. Pode-se considerar que a realidade humana é em seu todo constituída de representação e não faz sentido falar de realidade sem o trabalho da mesma. Definiu-se como objeto de estudo as Representações Sociais da Educação Permanente elaboradas por Agentes comunitários de Saúde. O estudo tem como objetivos caracterizar os aspectos sócio demográficos dos agentes comunitários de saúde; apreender as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde; analisar como as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde interferem na assistência prestada na Estratégia Saúde da Família e desenvolver uma ferramenta de comunicação (blog) com a finalidade de interagir com a comunidade.

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 965.971

comunitários de saúde informando sobre novas diretrizes, cursos de atualização, discussão de casos, entre outros.

A pesquisa será realizada no município de Barras – Piauí. Os sujeitos do estudo serão constituídos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Barras- Piauí. Esse município possui 19 equipes de Estratégia Saúde da Família e um total de 110 ACS. Serão incluídos todos os ACS que concordarem em participar da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido e serão excluídos os ACS que não aceitarem participar da pesquisa. A produção dos dados dar-se-á na forma de entrevista, com um roteiro semi- estruturado, que abordará as características sócio demográficas dos ACS que aceitarem participar do estudo e questões abertas pertinentes a representações sociais e educação permanente. Será realizada a análise dos dados textuais visando descobrir a informação essencial do texto. Para tanto, se usará o software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEC).

Objetivo da Pesquisa:

Apreender as representações sociais da educação permanente elaboradas por agentes comunitários de saúde.

Caracterizar os aspectos sócio demográficos do Agente Comunitário de Saúde; Analisar como as representações sociais do Agente Comunitário de Saúde interferem na assistência prestada na Estratégia Saúde da Família; Desenvolver uma ferramenta de comunicação (blog) com a finalidade de interagir com os agentes comunitários de saúde informando sobre novas diretrizes, cursos de atualização, discussão de casos, entre outros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo as pesquisadoras, os procedimentos para realização da entrevista poderão levar a constrangimento dos sujeitos envolvidos na pesquisa, além da ocupação do tempo de suas atividades de trabalho. A fim de minimizar esses riscos as mesmas relatam que o sujeito ficará a vontade para responder ou não ao instrumento de produção de dados e haverá garantia de que sua identificação não será revelada e, ainda, que as atividades serão em horário distinto de suas atividades de trabalho.

Benefícios:

Sobre os benefícios as pesquisadoras referem que mesmo não imediatos, poderão surgir através de programas educativos que beneficiem a melhoria da qualificação do sujeito. Ao final do estudo, se for de interesse do voluntário, ele terá livre acesso ao conteúdo do mesmo.

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEE UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

CEP: 64.073-505

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 965.971

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O ACS se configura como o principal elo entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a comunidade, permite o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, aumentando, com isso, a capacidade da população de enfrentar os problemas. A educação em saúde pode funcionar como instrumento de transformação social que coloca a cultura no centro de seu processo, possibilitando atuar sobre a representação da comunidade, para sobre ela agir. Considerando-se que qualquer manifestação de conhecimento humano tem uma história e um contexto social, é importante que se reflita a temática da ESF como um fenômeno psicossocial complexo construído pelos ACS, no seu grupo de pertença, observando que as representações sociais da educação permanente dos agentes comunitários de saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família, envolvem questões muito mais abrangentes como a subjetividade e o conhecimento socialmente elaborado e compartilhado por eles no cotidiano de trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos conforme a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa segue as Recomendações da Resolução 466/12 do CNS e portanto encontra-se aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo de pesquisa segue as Recomendações da Resolução 466/12 do CNS e portanto encontra-se aprovado.

Theonas Gomes Pereira
Coordenador do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 965.971

TERESINA, 26 de Fevereiro de 2015

~~Theonias Gomes Pereira~~
~~Coordenadora do CEP UNINOVAFAP~~

Assinado por:

FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br