



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

CAMILA MASCARENHAS MOREIRA

**AVALIAÇÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO TÉCNICA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ POR
MEIO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE HORIZONTE**

FORTALEZA

2022

CAMILA MASCARENHAS MOREIRA

AVALIAÇÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO TÉCNICA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ POR
MEIO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M837a Moreira, Camila Mascarenhas.

Avaliação do curso de formação técnica dos agentes comunitários de saúde da escola de saúde pública do Ceará por meio da política nacional de educação permanente em saúde no município de Horizonte / Camila Mascarenhas Moreira. – 2022.

81 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero.

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Educação permanente em saúde.
I. Título.

CDD 320.6

CAMILA MASCARENHAS MOREIRA

AVALIAÇÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO TÉCNICA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ POR
MEIO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.
Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: 03 / 10 / 2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero (orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Breno Aloisio Torres Duarte de Pinho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Lidiane Nogueira Rebouças

Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos do
Estado do Ceará (SPS)

Dedico aos meus pais, sr. Elielson Mascarenhas (in memoriam) e dona Vera Gardenia, que me ensinaram a sonhar, mesmo que sofra algumas desilusões, a fazer dos obstáculos estímulo para continuar a caminhada, lutar, acreditar sempre e a amar sem restrições.

Meu pai...

A dor ainda persiste. No entanto, a memória gravada no meu coração faz com que você esteja sempre presente em minha vida. Assim como agora, pois sei que onde estiveres estará radiante com mais esta conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus,
Muito obrigada!

Começo me reportando à Ele, porque d'Ele, por Ele e para Ele são todas as coisas. Obrigada, meu Senhor, por mais esta conquista, por teres sido o engenheiro responsável pela edificação da minha trajetória.

Agradeço ao meu pai (in memoriam) por ter sido meu maior incentivador, que muito contribuiu para o meu crescimento, em toda sua simplicidade e extrema sabedoria.

À minha mãe, dona Vera Gardenia, minha maior referência, é fonte de inspiração, sempre presente nos melhores e piores momentos da minha vida, sempre a me apoiar e a me fazer acreditar que sou capaz e que com fé, paciência e determinação chegamos sempre ao porto desejado.

Agradeço ao meu esposo, Moisés, o apoio incondicional e toda a sua torcida.

Aos meus filhos, Thiago e Miguel, que têm na sua existência o meu maior estímulo.

Aos meus irmãos queridos, Anderson e Clarissa, e a toda a minha família.

Aos meus mestres que tanto me ajudaram no meu caminhar, agradeço de todo coração o carinho e a atenção a mim dedicados.

Também agradeço aos meus amigos e todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram a não desistir.

A todos, todas e todxs os meus mais sinceros agradecimentos.

*“Não haverá borboletas se a vida não
passar por longas e silenciosas
metamorfoses.”*

Rubem Alves

RESUMO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar as práticas dos serviços de atenção à saúde, seus processos formativos e o modelo de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. A promoção da saúde é a marca do trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional que deve lidar mais com os cuidados em promoção em saúde do que com procedimentos de cura, cuja vocação nasce de uma concepção ampliada de saúde. Diante da necessidade de qualificação e das especificidades dessa categoria profissional, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) propôs a formação técnica dos ACS, não apenas como uma atualização de conteúdos, uma vez que a formação teve início em 2005, mas também, uma renovação metodológica com base nos princípios da PNEPS. Neste contexto, o objetivo desta pesquisa é avaliar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como ferramenta de formação para Agentes Comunitários de Saúde por meio da implementação dos processos de trabalhos apresentados pelo Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, que se inscreve em uma perspectiva contra-hegemônica de avaliação com inspiração na Avaliação em Profundidade e na Avaliação de Quarta Geração, em que se buscou dar ênfase à experiência subjetiva dos atores da política no âmbito do delineamento das dimensões do conteúdo, contexto, trajetória e experiência. A pesquisa foi realizada no município de Horizonte, Ceará, com três grupos de profissionais (enfermeiros, ACS e gestores) e a participação da comunidade. Foram utilizadas anotações em diário de campo e aplicação de entrevistas semiestruturadas estabelecidas por meio do círculo hermenêutico-dialético. Para análise dos dados, foi utilizada a Análise Temática de Conteúdo. Como resultados, a experiência de pesquisa apontou a consolidação da melhoria das práticas e a construção e fortalecimento do vínculo entre as equipes. Estes elementos convergiram para o incremento do financiamento da Atenção Primária no município e ampliaram o escopo de atuação dos profissionais com o desenvolvimento das habilidades inscritas na relevância de aprendizagem de novas práticas em promoção de saúde resolutivas.

Palavras-chave: avaliação em saúde; atenção primária à saúde; educação permanente.

ABSTRACT

The National Policy of Continuing Education in Health (PNEPS) is an ethical-political-pedagogical proposal that aims to transform and qualify the practices of health care services, their training processes, and the model of health education, in addition to encouraging the organization of actions and services in an intersectoral perspective. Health promotion is the hallmark of the work of Primary Health Care, and the Community Health Workers (CHW) is the professional who should deal more with health promotion care than with healing procedures, whose vocation is born from a broad conception of health. Given the need for qualification and the specificities of this professional category, the Public Health School of Ceará proposed the technical training of CHWs, not only as an update of content, since the training began in 2005, but also as a methodological renewal based on the principles of PNEPS. In this context, the objective of this research is to evaluate the National Policy of Continuing Education in Health as a training tool for Community Health Workers through the implementation of the work processes presented by the Technical Course for Community Health Workers. This is evaluative research of qualitative approach, which falls within a counter-hegemonic perspective of evaluation with inspiration in the Evaluation in Depth and the Fourth Generation Evaluation, in which we sought to emphasize the subjective experience of the actors of the policy within the delineation of the dimensions of content, context, trajectory, and experience. It was carried out in the municipality of Horizonte, Ceará, with three groups of professionals (nurses, CHWs and managers) and the participation of the community. Notes were used in a field diary and semi-structured interviews established through the hermeneutic-dialectic circle. For data analysis, the Thematic Content Analysis was used. As results, the research experience points to the consolidation of the improvement of practices and the construction and strengthening of the bond between the teams. These elements have converged to increase the financing of Primary Care in the municipality and have expanded the scope of professionals with the development of skills inscribed in the relevance of learning new practices in health promotion.

Keywords: health evaluation; primary health care; continuing education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	—	Localização do município de Horizonte, Ceará.....	26
Figura 2	—	Representação gráfica do ciclo hermenêutico-dialético.....	29
Gráfico 1	—	Série histórica e tendência em média móvel da produção de cadastro domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde de Horizonte, Ceará.....	57
Gráfico 2	—	Série histórica e tendência em média móvel da produção de visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde de Horizonte, Ceará.....	58
Gráfico 3	—	Média anual de visitas domiciliares de ACS no município de Horizonte, Ceará.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTACS	Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
VER SUS	Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Objetivo Geral.....	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3	ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	20
3.1	A Perspectiva de Avaliação Contra-Hegemônica de Políticas Públicas.....	20
3.2	Tipo de estudo.....	24
3.3	Cenário da pesquisa.....	25
3.3.1	<i>Critérios de escolha do município em estudo.....</i>	26
3.4	Participantes da pesquisa.....	27
3.4.1	<i>Critérios de primeira escolha dos participantes.....</i>	27
3.5	Procedimentos e técnicas de coleta de dados.....	27
3.6	Análise de dados.....	31
3.7	Questões éticas da pesquisa.....	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E O CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ.....	34
4.2	AVALIAÇÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO TÉCNICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (CTACS): CONTEÚDO, CONTEXTO E TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM EXPERIÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE HORIZONTE, CEARÁ.....	40
4.2.1	Análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	40
4.2.2	<i>Dimensão do conteúdo.....</i>	41
4.2.3	<i>Dimensão do contexto.....</i>	43
4.2.4	<i>Dimensão da trajetória.....</i>	48
4.3	Avaliação do Curso de Formação Técnica de Agentes Comunitários	50

	de Saúde (CTACS): experiências no município de Horizonte, Ceará.....	
4.3.1	<i>Mudança de práticas</i>	51
4.3.2	<i>Fortalecimento de vínculos</i>	59
4.3.3	<i>Avaliação por competências do CTACS</i>	63
4.4	Síntese de Elementos de Análise	65
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICES	76
	APÊNDICE A – EIXO 1 – MUDANÇA NAS PRÁTICAS DOS ACS E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS COM A ENFERMAGEM E A COMUNIDADE	77
	APÊNDICE B – EIXO 2 – GESTÃO DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	78
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81
	ANEXOS	82
	ANEXO A – TERMO DE ANUNÊNCIA	83

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, se faz necessário situar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS). A consolidação SUS, associada à ampliação das redes de serviços e ações de saúde, impulsionou a reorientação da gestão do trabalho e a formação dos trabalhadores, gerando experiências inovadoras no campo do cuidado, da gestão e da formação.

Diante dessa realidade surge a necessidade de implementação de uma política que viabilize estratégias de formação que contemplem a ampla estrutura do SUS na perspectiva de sua consolidação, e na qualificação de seus trabalhadores, tornando-se possível, por meio da formação de seus recursos humanos. Mediante o contexto, foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 13 de fevereiro de 2004, por meio da Portaria GM/MS de nº 198/2004, como uma estratégia do governo brasileiro que visa à transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde (BRASIL, 2009).

A PNEPS é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar as práticas dos serviços de atenção à saúde, seus processos formativos, o modelo de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. Embora a política seja uma estratégia importante para formação dos profissionais, por levar em conta as condições culturais e políticas das instituições, a formação dos trabalhadores é realizada comumente por meio da Educação Continuada como método de enfrentamento das dificuldades dos serviços de saúde, no que se refere a formação de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2018).

A Educação Continuada (EC) engloba atividades de ensino, tais como, capacitações pontuais, que visam atualizar conhecimentos dos profissionais, a fim de melhorar o desempenho dos trabalhadores em suas atividades laborais. Entretanto, raras são as vezes que são organizadas estratégias globais e duradouras que proporcionem, não apenas conhecimento individual, mas que tenham capacidade de influenciar mudanças de práticas profissionais e institucionais no sentido de qualificação dos serviços de saúde do SUS (DAVINI, 2009).

Diante da fragilidade da EC, e ao analisarmos os problemas institucionais, sua complexidade e a necessidade de intervenções imediatas e articuladas, a PNEPS pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das mudanças nas práticas de saúde, pois ela possibilita o diálogo com a prática, problematizando-a no contexto de suas equipes, viabilizando novos pactos de convivência e prática profissional (CECCIM, 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde prevê estratégias para as formações dos profissionais do SUS de maneira progressiva, interdisciplinar e descentralizada e parte do pressuposto que a aprendizagem significativa subsidia a reflexão crítica sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes do sistema público de saúde, principalmente, da Atenção Primária em Saúde (APS) (GAIST; SOUZA, 2022; DONADUZZI et al., 2021; FERREIRA et al., 2019).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada de suma importância por estar intimamente relacionada a efetivação dos princípios do SUS como a Universalidade, Integralidade e Equidade, pois considera a família e o enfoque comunitário, premissas da APS, como espaço de construção coletiva, envolvendo os profissionais que atuam nos serviços de saúde, bem como, os usuários assistidos pelo sistema. A APS integra ações de promoção, prevenção e reabilitação, funcionando também, como ordenadora do cuidado, referenciando seus usuários, quando necessário, para os serviços secundários.

Nesta perspectiva, a APS se mostra um espaço privilegiado para o desenvolvimento da PNEPS. Isso porque os profissionais que atuam na APS, sejam médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, dentre outros, não apresentam em seu escopo de práticas uma formação de base que os habilite a atuar neste nível de atenção (CECCIM, 2005).

Esse cenário implica a urgente necessidade de uma reflexão constante sobre as práticas de saúde neste nível de atenção, uma vez que a APS do SUS se propõe a ser ordenadora do cuidado nos diversos níveis de atenção e a resolutividade de seus serviços é fundamental para o funcionamento de toda estrutura do SUS.

Mediante o contexto, educação em saúde voltada para esses trabalhadores deve ir além da atualização técnico científica, mas direcionar para o aperfeiçoamento de suas práticas, em consonância com as necessidades de saúde do território, aperfeiçoando a comunicação e fortalecendo o vínculo com a

comunidade, tal como propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Na forma como está documentado o texto desta Política, o principal objetivo é correlacionar formação e trabalho em saúde, de forma a considerar o trabalho pela formação, e não formar para ajustar a qualidade do trabalho. Formação como preparação para o trabalho, capacitação, sensibilização, mudança de práticas gerando aprendizagem por interrogação, por composição de coletivos; aprendizagem por protagonismo local e protagonismo em rede, transformando a educação da forma escolar em forma da produção de mundos (CECCIM, 2010).

A organização dos processos de trabalho em saúde neste nível da Atenção requer inovação e criatividade para lidar com as necessidades de saúde da população que nem sempre são as doenças. A promoção da saúde é a marca do trabalho da APS e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional cuja vocação nasce de uma concepção ampliada de doença e deve lidar mais com os cuidados em promoção em saúde do que com procedimentos de cura.

Atuar como ACS na APS apresenta-se no mundo moderno de forma desafiadora, principalmente no sentido da criatividade, pois sua atuação não deve se restringir a protocolos em saúde, mas requer a proposição de processos de trabalho que abordem problemas para os quais ainda a humanidade e a ciência não apresentaram solução. Requer, portanto, ousadia, criação e trabalho interprofissional em equipe.

A formação técnica do ACS no Ceará é promovida pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e teve início em 2004. Até o ano de 2007 o estado concluiu apenas a Etapa Formativa I do itinerário formativo proposto pelo Ministério da Saúde. Em 2015, quase 10 anos depois, a ESP-CE retoma a formação em parceria com 6 municípios, Horizonte, Tauá, Fortaleza, Iguatu, Acopiara e Jucás, dando continuidade ao Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS).

De acordo com os documentos norteadores do CTACS a ESP-CE propõe para esta nova fase de conclusão da formação técnica dos ACS, não apenas uma atualização dos conteúdos, uma vez que a formação teve início em 2005, mas também, uma renovação metodológica com base nos princípios, que sempre nortearam a formação da categoria, propondo três eixos norteadores.

O primeiro eixo está voltado para o fortalecimento do trabalho em equipe da Estratégia de Saúde da Família no Território; o segundo coloca o processo de

trabalho como centro da aprendizagem e formação em saúde; e o terceiro se propõe a referenciar a abordagem familiar e a intersetorialidade no desenvolvimento das ações dos ACS no território em que atua.

Desse modo, espera-se retomar a vocação que estava na origem quando do surgimento da categoria profissional no âmbito da saúde no final da década de 1980.

Dando-se continuidade a essa contextualização, é importante, ainda, realizar a interlocução entre Atenção Primária à Saúde (APS) e Educação Permanente em Saúde (EPS).

Seguindo as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2012, esta formação se estrutura conforme os fundamentos e as estratégias da EPS, em que a metodologia da problematização, as concepções e situações de trabalho são organizadas de maneira a gerarem reflexões com potencial para mobilizar a busca de mudanças nas práticas profissionais.

Um dos pontos centrais que norteiam as proposições da PNEPS é o modelo de APS que se deseja construir para o SUS. Há uma compreensão de APS como programa específico destinado a populações pobres economicamente, as quais os governos devem ofertar um conjunto básico de tecnologias simples e de baixo custo, a chamada APS Seletiva; uma segunda, em que a concepção de APS como nível primário e porta de entrada para o sistema de saúde com proposição de organizar e dar resolutividade aos problemas mais comuns de saúde; e uma terceira interpretação mais ampla de APS que a concebe como estratégia de organização para o sistema de atenção à saúde responsável por reorganizar, reordenar e recombinar recursos para fazer funcionar o sistema, tendo como direção e foco as necessidades de saúde da população por meio de um funcionamento em Rede de Atenção à Saúde (RAS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2017).

Esta terceira concepção de APS é o que defende Mendes (2015) para consolidar a APS do SUS quando defende a incorporação dos atributos e funções da APS. Para o autor, o acesso possibilitado pelo primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado são atributos essenciais dos quais se derivam os demais: a focalização na família como centro de atenção, a orientação comunitária que implica contextualizar as necessidades de saúde das famílias de acordo com seu sistema cultural, econômico e social, e a competência cultural necessária para a equipe estabelecer uma relação horizontal

com a população, de maneira a respeitar suas singularidades culturais e preferências (MENDES, 2015).

Assim, a função social da APS implica uma mudança paradigmática, não apenas em termos de gestão, mas de incorporação de novas epistemologias que tragam novas formas de perceber e tecer relações nos âmbitos institucionais baseadas na horizontalidade, reciprocidade e solidariedade (MENDES, 2015).

O modelo de atenção primária centrado na ESF resultou de um processo lento e contínuo de tensão e confronto com o modelo hegemônico de saúde. Andrade, Barreto e Bezerra (2006) reconhecem a importância do Programa Agente Comunitário de Saúde, implantando no Ceará em 1986, como fontes de inspiração para formulação do modelo atual da ESF no Brasil.

O Programa Agentes Comunitários de Saúde no Ceará (PACS) ganhou notoriedade internacional ganhando, em 1991, as páginas do jornal *The Economist*, de Londres, com um suplemento especial sobre o Brasil, sendo em 2003 agraciado com o prêmio Maurice Pate, do UNICEF. Apesar de atuarem na Atenção Básica desde a década de 1980, somente em 2002, esta profissão passa a ser reconhecida em termos legais com a Lei 10.507/02. Em função da lei o Ministério da Saúde traça um perfil profissional e competências necessárias para formação deste profissional em nível médio.

O perfil do ACS como profissional do SUS historicamente tem suas ações voltadas para promoção da saúde, sendo a educação e a mudança de estilo de vida fator preponderante cuja atuação se distancia de procedimentos e protocolos técnicos, comuns ao modelo hospitalocêntrico. As ações dos agentes de saúde foram além dos limites da saúde: “os agentes estabeleceram sua comunicação solidária com as famílias, visitando-as casa a casa, e fortalecem seus laços de vizinhança ao mesmo tempo que ganham a confiança da equipe de saúde” (LAVOR; LAVOR; LAVOR FILHO, 2004, p. 125).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), apesar de suas limitações, obteve bons resultados, alavancados, sobretudo pelo trabalho do ACS, e se expandiu para o que chamamos hoje de Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES, 2015). No contexto atual a APS enfrenta problemas, tais como, a transição demográfica, as grandes desigualdades sociais, o aumento da população idosa, a persistência das doenças transmissíveis, doenças crônicas – que exigem mudanças nos padrões de consumo e adesão a comportamentos mais saudáveis – e aumento da violência,

que representa um dos maiores e mais difíceis desafios do novo perfil epidemiológico do Brasil e exigem mudanças na atenção à saúde, impondo desafios importantes para o SUS na sua organização e gestão.

Este novo cenário requer dos profissionais da saúde da APS uma constante busca de respostas mais efetivas para problemas cada vez mais complexos que exigem práticas que transcendam o campo da saúde e atitudes que impliquem maior responsabilização e resolutividade (MENDES, 2015).

Neste contexto, o interesse da autora em pesquisar sobre essa temática surgiu a partir da experiência profissional como Supervisora Pedagógica e Facilitadora do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) nesta nova fase de formação dos ACS do Ceará, quando atuava na Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS), da ESP-CE. Como colaboradora de uma instituição formadora para o SUS, a autora teve a oportunidade de experienciar a formação técnica de 489 profissionais ACS, dos seis municípios utilizando a PNEPS como estratégia de formação desses profissionais. Atualmente sua atuação é voltada para a formação dos profissionais do SUS no sentido de efetivação da PNEPS para os profissionais da Saúde do SUS.

Diante disto, esta pesquisa se propôs avaliar como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem dado resposta, em termos de aprendizagem de novas práticas em promoção de saúde resolutivas, no que diz respeito à formação técnica do ACS como profissional indispensável na efetivação da Estratégia Saúde da Família como modelo da APS para o SUS.

Desta forma, a pesquisa se ancorou no campo da Avaliação de Políticas Públicas, engendrando uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, que se inscreve em uma perspectiva contra-hegemônica de avaliação com inspiração na Avaliação em Profundidade e na Avaliação de Quarta Geração, em que se buscou dar ênfase à experiência subjetiva dos atores da política no âmbito do delineamento das dimensões do conteúdo, contexto e trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em interlocução com o CTACS no município de Horizonte, Ceará.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como ferramenta de formação para Agentes Comunitários de Saúde considerando a implementação dos processos de trabalhos apresentados pelo Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

Analisar o conteúdo, bases conceituais e trajetória institucional da Política de Educação Permanente em Saúde na dimensão de sua implicação na mudança de práticas profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde;

Avaliar o Curso de Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde nas dimensões do fortalecimento do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família e mudança de práticas institucionais;

Qualificar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde a partir do método de avaliação por competências aplicado ao Curso de Formação Técnica.

3 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo qualitativo que se ancora na perspectiva da avaliação em profundidade como uma ferramenta metodológica de robustez para o alcance dos objetivos.

A abordagem qualitativa é uma modalidade de pesquisa voltada para o entendimento dos fenômenos humanos e cujo objetivo é obter uma visão detalhada e complexa de fenômenos, analisando a forma como os respondentes os configuram e os apreendem. Dessa forma, é dada ênfase à linguagem e a percepção dos informantes (KNECHTEL, 2014, p. 99).

Minayo (2007) define metodologia como o caminho e o instrumental próprios de uma abordagem da realidade, e acrescenta que, no interior das teorias sociais, ela ocupa um lugar central porque é parte integrante da visão social esboçada na teoria. Para a autora, a metodologia, além de ser esse conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade, deve incluir as concepções teóricas de abordagem, bem como o potencial criativo do pesquisador.

Se a teoria, se as técnicas são indispensáveis para a investigação social, a capacidade criadora e a experiência do pesquisador jogam também um papel importante. Elas podem relativizar o instrumental técnico e superá-lo pela arte (MINAYO, 2007, p. 23).

A escolha metodológica deve residir, nesse sentido, na consciência de poder alcançar, com o estudo, uma parte dessa realidade, que não poderia ser meramente traduzida em números, mas que pode trabalhar com significados, motivos, crenças, valores e atitudes (MEIRELLES; HYPOLITO; KANTORSKI, 2012).

Assim, nesta seção serão apresentados e discutidos aspectos relacionados a proposta avaliativa adotada para a realização da pesquisa. Bem como, as técnicas de coleta e análise e as categorias elencadas para o desenvolvimento do estudo.

3.1 A Perspectiva de Avaliação Contra-Hegemônica de Políticas Públicas

Segundo Sobrinho (2004), a avaliação de políticas públicas não possui somente uma única definição, visto que ela comporta diversos conceitos, alguns deles são até contraditórios. Isso se explica pelo fato de que o campo das políticas públicas adentra em várias disciplinas, instituições e sujeitos, integrando indagações

e necessidades. De acordo com Gasparini (2020, p. 28): "Quando falamos da área da avaliação, estamos nos referindo a um espaço social diverso, polifônico e preñado de antagonismos, amalgamando diversos matizes, tendências e práticas".

Dessa forma há uma pluralidade de propostas avaliativas e metodológicas que já existiam e que estão sendo geradas. O pressuposto de teoria e prática que influenciou a avaliação de políticas de uma maneira geral, a partir de uma perspectiva epistemológica, se mostra presente no final do século XIX na escola filosófica do Pragmatismo, nos EUA. Para essa academia, conforme aponta Gasparini (2020, p. 21): " (...) a verdade é aquilo que estabelece uma relação satisfatória com a realidade e gera perspectivas relevantes em termos práticos para a sociedade".

Posteriormente, identifica-se a presença da avaliação de programas sociais no início do século XX, antes mesmo da primeira guerra mundial (1914-1918). Denota-se que as avaliações eram voltadas para as áreas de educação e saúde pública (SILVA E SILVA, 2008).

Nas décadas de 30 e 40, após a quebra da bolsa de Nova York, houve um aumento significativo de estudiosos das ciências sociais, havendo uma expansão da avaliação de programas sociais. Assim complementa Silva e Silva (2008, p. 105): "(...) nos anos de 1930 já se registrava um número significativo de cientistas sociais defendendo a aplicação de métodos rigorosos de pesquisa para estudo de programas comunitários, com frequente implementação de avaliações".

Entre os anos 50 e 70, primeiramente na Europa e depois nos Estados Unidos, percebe-se um crescimento de material acadêmico nas áreas da avaliação e de práticas avaliativas na área governamental, balizados pelas abordagens quantitativas (CRUZ, 2019). Este modelo quantitativo, tradicional e hegemônico, tem mais ligação com o paradigma positivista e consiste em uma avaliação mais técnica, destacando-se o método experimental, com dados rígidos, sendo bastante utilizado pela administração pública, baseado nos critérios de eficiência, eficácia e efetividade, com discurso de inovação e modernização das áreas governamentais.

Nos anos de 1980 começam a ser ventiladas as primeiras críticas sobre a avaliação quantitativa, neutralista e tecnicista. Nessa década também ocorre um certo declínio em relação a pesquisa avaliativa, pois houve uma grande diminuição de repasse de recursos públicos para as áreas sociais nos Estados Unidos (SILVA E SILVA, 2008). Desta forma:

Passa-se a considerar que a pesquisa avaliativa é mais que aplicação de métodos, sendo também uma atividade política e de gestão. Nesse sentido, precisa ser concebida como parte do processo da política pública e da administração pública, sendo considerada importante por todos aqueles envolvidos em atividades políticas e executivas (SILVA E SILVA, 2008, p. 107).

No Brasil, a avaliação de políticas públicas surge no final dos anos 80 e início dos anos 90. Nesse momento estava ocorrendo no país a reforma e modernização do Estado, voltada sobretudo para o cumprimento de uma agenda neoliberal que preza, principalmente, a eficiência, eficácia e efetividade dos programas (RODRIGUES, 2008), o que constituía epistemologicamente as abordagens quantitativas de avaliação, predominantes à época. Nessa mesma década, impende salientar que a disseminação das avaliações de políticas públicas tem uma abordagem mais voltada para o contexto das agências financiadoras internacionais, como o BIRD (Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento) e o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento). Nesse modelo, a avaliação era utilizada para realizar financiamentos, tendo uma visão mais gerencialista e instrumental (TINÔCO; SOUZA; OLIVEIRA, 2011; RODRIGUES, 2008).

Tradicionalmente, essa avaliação positivista, dadas as suas características epistemológicas, não incorpora os sujeitos enquanto atores na constituição de identidades e subjetividades na mobilização cultural de contextos sociopolíticos e nacionais, regionais e locais, além de controvérsias éticas sobre a sua instrumentalidade na regulação da vida e incorporação de alteridades (GUSSI; OLIVEIRA, 2015; RODRIGUES, 2008). Portanto, é um modelo que não avalia as políticas públicas levando em conta suas complexidades, contextos, conteúdos, trajetórias e períodos específicos, focando-se na instrumentalidade da mensuração de impactos.

Essas avaliações de impacto são pioneiras no país e diante disto, por conseguinte, verifica-se que o Brasil adotou tardiamente a avaliação de políticas públicas e programas sociais em caráter ampliado em suas ações governamentais.

No começo do século XX, as avaliações eram baseadas pelo paradigma positivista, que despreza as questões da subjetividade do programa avaliado, porém regido pela objetividade, neutralidade e efeitos previstos (CRUZ, 2019).

No início do século XXI houve, no Brasil, um aumento de políticas e programas sociais, passando-se a questionar esse modelo tradicional de avaliação, fundamentado no paradigma positivista, propondo a indispensabilidade de se estudar novas abordagens avaliativas (GUSSEI; OLIVEIRA, 2015).

As críticas existentes ao paradigma positivista apontam para a falta de subjetividade nas avaliações, já que não levam em consideração os sujeitos e os contextos da política na constituição de alteridades, convertendo estas experiências em mensuração de impacto. As várias fontes de informação precisam ser utilizadas na articulação entre a teoria e a realidade, como por exemplo, as entrevistas, bibliografias, documentos, fotografias, entre outros (CRUZ, 2019).

Em oposição ao esquema positivista (modelo hegemônico), aparecem as avaliações não predominantes, que se aproximam da realidade estudada e dos indivíduos que fazem parte da política sob outra perspectiva, mais humanista e interpretativa. Contrariando o modelo tradicional, aparecem aqueles contra-hegemônicos, de natureza qualitativa, que são atentos ao pressuposto ético de uma construção coletiva e dialogada, na qual os diversos sujeitos envolvidos examinam a permanência da ação do Estado e não somente observam se os resultados da política estão conforme as metas iniciais propostos.

De acordo com Bosi e Uchimura (2006) refletir sobre a incorporação de princípios no campo da avaliação implica, necessariamente, incluir a qualidade a partir de uma acepção pluridimensional.

A avaliação qualitativa de programas possui especificidade por ser aquela que envolve a inclusão de suas demandas subjetivas, valores, sentimentos e desejos, reconhecendo os conflitos inerentes aos vários processos de subjetivação em jogo (BOSI; UCHIMURA, 2006, p. 93).

Neste contexto, surge uma proposta chamada de Avaliação de Quarta Geração. A quarta geração é aquela que visa dar voz ativa à experiência dos atores envolvidos e direta ou indiretamente afetados pelos resultados ou produtos de uma política, ação ou programa. Essa metodologia traz implicações epistemológicas e metodológicas que permitem avaliações de políticas públicas a partir das construções daqueles que são diretas ou indiretamente afetados pelas ações públicas. Trata-se de um método que permite voz ativa e privilegia a participação do cidadão na avaliação das políticas sociais (FALSARELLA, 2015).

Guba e Lincoln (2011) propõem uma metodologia que possui uma denominação altamente descritiva, que é a avaliação construtivista responsiva. A premissa inicial desse modelo é a de que os diversos agentes envolvidos na avaliação reagem não somente à realidade física ou tangível, mas também às suas construções sociopsicológicas sobre determinada situação (FALSARELLA, 2015).

O termo “responsivo” é utilizado para designar um modo diferente de focar uma avaliação, ou seja, decidir conforme o andamento da pesquisa sobre o que devem ser seus parâmetros e limites. Em outras palavras, a pesquisa se modifica e toma outros caminhos conforme evolui (WETZEL et al., 2017).

Em suma, algumas características da quarta geração de avaliação podem ser destacadas, a saber: a verdade é um consenso entre diferentes atores sociais; fatos não podem ser analisados objetivamente, pois são imbuídos de valores; causas e efeitos não existem exceto por imputação de algum dos atores envolvidos; fenômenos só podem ser compreendidos dentro do contexto em que são estudados; as intervenções não são estáveis, e afetam diretamente o contexto; a mudança não pode ser projetada porque não é um processo linear; a avaliação produz dados em que fatos e valores estão intimamente ligados e, por fim, os avaliadores são parceiros subjetivos com as partes interessadas na criação dos dados e são orientadores de um processo de negociação para culminar em consensos (GUBA; LINCOLN, 2011).

Segundo Guba e Lincoln (2011), quatro foram as gerações de avaliação utilizadas para políticas e ações implementadas. A primeira geração era marcada pela medição, ou seja, pela aplicação de testes (como provas escolares, por exemplo) e ferramentas de medição de indicadores determinados a priori para determinar o desempenho e a efetividade de uma política ou ação. A segunda geração, segundo os autores, era a fase da descrição dos efeitos de uma política ou ação, e se concentra na descrição dos pontos fortes e fracos com respeito a determinados objetivos – o papel do avaliador passa a ser o de descritor – e a medição passa a ser apenas um dos aspectos observados durante a avaliação. A terceira geração, por fim, é a fase do julgamento, em que os esforços se concentravam na decisão do avaliador sobre a validade ou não do programa, política ou ação; o papel do julgador era o de ser um especialista conhecedor de normas técnicas e que emitia juízos de valor sobre os efeitos e produtos do objeto avaliado (GUBA; LINCOLN, 2011; MEIRELLES; HYPOLITO; KANTORSKI, 2012).

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória em um estudo com abordagem qualitativa inspirado em pressupostos da avaliação em profundidade (RODRIGUES, 2008) e da avaliação de quarta geração de Guba e Lincoln (2011), que visa o diálogo e a participação dos atores envolvidos sobre uma determinada política, engendrando os elementos acerca das dimensões do conteúdo, contexto e trajetória institucional.

A busca pelo conhecimento e por modos de melhor explicar as realidades têm tido na pesquisa qualitativa, em especial na pesquisa social, relevantes métodos que vêm ao encontro da complexidade e dos desafios das necessidades de avaliação em saúde (MEIRELLES; HYPOLITO; KANTORSKI, 2012).

Desta forma, a escolha por essa perspectiva se dá de forma a responder os objetivos apresentados no escopo de pesquisa, desvelando-se a experiência de participação de atores em saúde na implementação da PNEPS no território estudado. Além disso, se utilizou também revisão narrativa de literatura com escolha intencional de alguns estudos específicos sobre a PNEPS.

3.3 Cenário da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no município de Horizonte, que está localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, a cerca de 40 km da capital cearense.

A população atual é estimada em 69.688 pessoas (IBGE, 2022), distribuídas em uma área geográfica de 160 km², dividida em quatro distritos: Aningas, Dourado, Queimadas e a sede do município.

O município dispõe de 20 Unidades de Atenção Primárias à Saúde (UAPS), 26 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 26 equipes de Saúde Bucal, e 112 Agentes Comunitários de Saúde.

Figura 1 – Localização do município de Horizonte, Ceará.



Fonte: IBGE, 2022.

3.3.1 Critérios de escolha do município em estudo:

Eleger o município de Horizonte como campo para a realização dessa pesquisa, parte da formação de um vínculo de conhecimento com a saúde e, conseqüentemente, com seus trabalhadores. A consonância em questão considera múltiplos fatores, conforme dispostos a seguir:

- Atuação como Supervisora Técnica do processo formativo no município, durante um ano;
- Gestão Municipal aderiu à formação técnica de 100% dos ACS;
- Os Enfermeiros da APS aceitaram o convite para serem facilitadores da formação;
- O município garantiu toda a infraestrutura para o desenvolvimento do curso técnico;
- O município é informatizado (UAPS e tablets para os ACS), o que facilita o acompanhamento de resultados;
- O município tem cobertura de ESF de 100%;
- O município tem cobertura de ACS de 100%;

- Todos os ACS são servidores efetivos;
- Região Metropolitana de Fortaleza, de fácil acesso;
- Vínculo com os profissionais e gestão municipal.

3.4 Participantes da pesquisa

A pesquisa propôs o envolvimento dos seguintes atores: os ACS que participaram da Etapa Formativa III do CTACS; os facilitadores da formação do CTACS (enfermeiros), a gestão municipal (Coordenação e Supervisão ESP) e usuários dos serviços de saúde.

A escolha dos participantes iniciais foi de forma intencional e os demais participantes foram indicados dos primeiros entrevistados por cada categoria profissional envolvida na pesquisa, caracterizando a técnica de amostragem de bola de neve (VINUTO, 2014).

Cada participante escolhido pôde indicar mais um integrante para a pesquisa e o segundo participante, poderá indicar um terceiro. O período da pesquisa se deu de agosto de 2021 a maio de 2022, sendo os 15 participantes entrevistados após anuência pelo comitê de ética em pesquisa.

3.4.1 Critérios de primeira escolha dos participantes

A participação interna e proximal no Curso de Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde na qualidade de facilitadora, permitiu a construção de uma visão ampla e criteriosa como base para um projeto de avaliação do curso e seus participantes. É este vínculo que propiciou conhecer de perto e estipular critérios de escolha de participantes, tal como apresentado a seguir:

- Enfermeiros: trabalhadores com vínculo empregatício com o serviço, e ter exercido o papel de facilitador no CTACS.
- Agentes Comunitários de Saúde: com mais anos de atuação no serviço e ter participado do curso de formação do CTACS.
- Gestores: Ter vínculo empregatício de mais de seis meses com o serviço e ter participado do CTACS

- Usuários: tempo de frequência no serviço de mais de seis meses; boas condições de comunicação; bom vínculo com o serviço e com vínculo ruim ou sem adesão.

3.5 Procedimentos e técnicas de coleta de dados

Para a consolidação do processo de avaliação qualitativa, a coleta de dados seguiu a triangulação de dados das percepções adotadas pelo diário de campo, das entrevistas e das oficinas.

Desse modo, para a organização sistemática da pesquisa utilizou-se os pressupostos teóricos e metodológicos da Quarta Geração de Guba e Lincoln (2011):

- 1- Contato com o campo (quando forem realizadas reuniões com a equipe do serviço para discorrer sobre a proposta da pesquisa);
- 2- Identificação dos Stakeholders (neste estudo foram considerados os profissionais);
- 3- Desenvolvimento e ampliação das construções conjuntas (aplicação do círculo hermenêutico-dialético);
- 4- Apresentação dos dados para os grupos de interesse (realizada a partir do processo de negociação, que consisti na organização das construções conjuntas, validação das informações e verificação de consensos)
- 5- Construção dos resultados finais do processo avaliativo (realizado após a negociação).

Para Serapioni (2016), o consenso que existe entre os analistas é que o grande desafio do campo de avaliação de políticas públicas é combinar, de forma apropriada, os métodos, as perguntas e as questões empíricas e não defender uma única abordagem metodológica para todos os problemas. Daí decorre a necessidade de se olhar de modo mais participativo e democrático a avaliação – agregando a contribuição daqueles atores direta ou indiretamente relacionados à sua implementação.

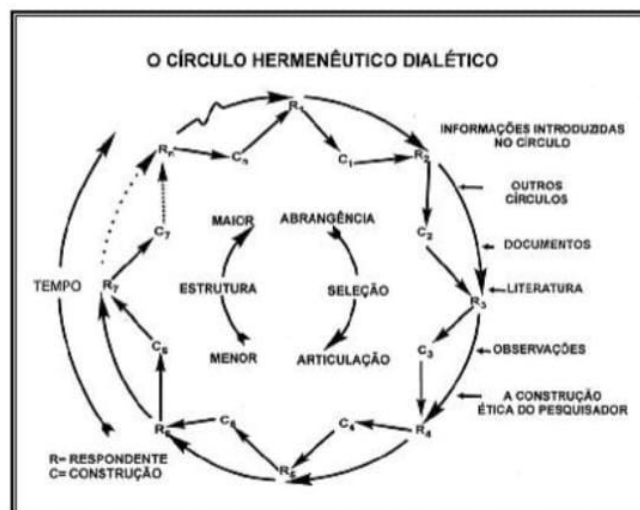
Nesse sentido, há que se ressaltar uma preocupação em dar conta da complexidade tanto do processo de elaboração e implementação de uma política

pública, quanto da avaliação. Neste último caso, é notável também a preocupação em atentar para a experiência e construções dos diferentes atores envolvidos nos resultados de uma iniciativa pública (SERAPIONI, 2016).

Dessa forma, foi realizada como técnica de coleta de informações a aplicação de entrevista semiestruturada individual áudio gravada, estabelecida por meio do círculo hermenêutico-dialético. Com base no círculo hermenêutico-dialético, a primeira entrevista foi realizada com o respondente 1 chamado de R1, e ao final de sua entrevista, foi solicitado ao mesmo a indicação de outro respondente, designado como R2, a fim de que este pudesse apontar novas formulações.

Contudo, antes da entrevista com o R2, os temas, conceitos, ideias, valores, preocupações e questões centrais, propostos por R1, foram sintetizados, por meio da escuta do áudio da entrevista, a fim de extrair os pontos relevantes que possibilitem a construção 1 (C1) que serviu de fonte de informações para proceder a entrevista com o R2 que também foi convidado, ao final de sua entrevista, a indicar um novo respondente R3. Para tanto, a entrevista com R2 possibilitou uma nova construção, designada como C2, que por sua vez, serviu para direcionar a entrevista com o respondente 3 (R3) e assim, sucessivamente, conforme ilustrado na Figura 2. Como respondente inicial (R1) do círculo de profissionais, foi eleito aquele com maior tempo de atuação no serviço.

Figura 2 – Representação gráfica do ciclo hermenêutico-dialético



Fonte: Guba e Lincoln (2011, p. 152).

A aplicação do ciclo hermenêutico-dialético, representado graficamente pela Figura 2, seguiu pressupostos estabelecidos pelo método, contudo, aplicando por categoria profissional entrevistada: Agentes Comunitários de Saúde, Preceptores e profissionais que compõem o núcleo gestor de saúde.

A pesquisa se deu com dois eixos disparadores: Análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Mudança nas práticas dos ACS e fortalecimento de vínculos com a equipe e a comunidade; seguido do Roteiro de Perguntas norteadoras que foi aplicado na entrevista (Apêndice A) direcionado para os atores convidados para participar da pesquisa.

Em relação ao **Eixo 1** se procedeu com a descrição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a partir da inspiração nos pressupostos da Avaliação em Profundidade, considerando-se as dimensões do conteúdo, contexto e trajetória (RODRIGUES, 2008).

Já o **Eixo 2**, atinente à mudança nas práticas dos ACS e fortalecimento de vínculos com a equipe e a comunidade foram realizadas perguntas direcionadas para os seguintes participantes: enfermeiros, gestão e comunidade.

Quadro 1 – Participantes do estudo

Participantes	Crítérios de escolhas e quantidade
ACS	3 ACS
Enfermeiro	3 enfermeiros facilitadores
Gestão	(3) Sugestões: Secretário, coordenador da APS, convidados participantes do curso.
Comunidade	(3) Sorteio de um chefe de família por equipe de saúde da família; Lideranças do território; Pessoas chaves da comunidade.

Fonte: Elaborado pela autora.

Além disso, foram realizadas também questões e construção de narrativas direcionadas para a gestão do curso:

- A. Capacitação da equipe docente;
- B. Disponibilização de material pedagógico (quantidade, qualidade de impressão e formatação, disponibilidade em tempo hábil);

C. Proposta de organização da carga horária do curso adequada ao serviço;

D. Disponibilização de bolsa para facilitadores.

Para este eixo foram convidados os enfermeiros facilitadores e os profissionais da gestão municipal utilizando os seguintes critérios de inclusão:

Quadro 2 – Critérios de inclusão

Enfermeiros	3 participantes
Gestão	(3) participantes (Secretário, coordenador da APS, participantes do curso).

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao uso **das entrevistas** foram utilizadas perguntas direcionadas aos ACS e Facilitadores do Curso:

- Dados pessoais dos participantes;
- Atuação profissional;
- Opinião sobre Metodologia do Curso no que diz respeito a conteúdos ministrados, metodologia utilizada, performance do facilitador, material didático utilizado, distribuição de tema de acordo com carga horária do curso, infraestrutura disponibilizada para realização do curso;
- Mudanças percebidas na prática profissional do ACS.

Com a finalização de todo o círculo hermenêutico-dialético das entrevistas, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra. Dessa maneira, foi iniciada a fase de organização e análise dos resultados prévios.

Nessa fase da pesquisa, foi utilizada a técnica das oficinas para o feedback das entrevistas, momento de negociação e validação. A oficina, como o próprio nome sugere, é um lugar onde se exerce um ofício, lugar de consertos, reparos, lugar de vida e trabalho, descoberta e ação. Apresenta-se como espaço de expressão e exercício para tomada de decisão, sempre encarando a Educação em Saúde dentro de novas abordagens, representando quebra das hierarquias sócias e horizontalizando as pessoas; supõe trabalho em parceria (ARAÚJO; ALMEIDA; SANTO, 2003).

Segundo Priotto (2008) o que define a ação de uma oficina é a sua proposta de aprendizagem compartilhada. Isso que parece simples implica alguns requisitos: é uma atividade grupal, face a face, cujo objetivo de elaboração coletiva de conhecimentos, para ser atingido, exige uma particular atuação do orientador, facilitador, ou pessoa responsável. O mesmo autor refere que o número ideal de participantes nas oficinas irá depender dos objetivos propostos e da dinâmica de grupo a ser utilizada.

3.6 Análise de dados

Para Análise dos dados provenientes das entrevistas, das percepções do diário de campo e do produto das oficinas, foi utilizada a Análise Temática de Conteúdo, que se desdobra nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema. Ainda na pré-análise o pesquisador procede à formulação e reformulação de hipóteses, que se caracteriza por ser um processo de retomada da etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o retorno aos questionamentos iniciais (MINAYO, 2007).

Na segunda etapa, há exploração do material. Dessa forma, a organização acontece na sequência:

- a) Distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise pelo esquema de classificação inicial;
- b) Realizar uma leitura dialogando com as partes dos textos em análise, em cada classe
- c) Identificar através de inferências, os núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos em cada classe do esquema de classificação;
- d) Dialogar os núcleos de sentidos com os pressupostos iniciais e, se necessário, realizar outros pressupostos;

e) Analisar os diferentes núcleos dos sentidos presentes nas várias classes do esquema de classificação para buscarmos temáticas mais amplas ou eixos em torno dos quais podem ser discutidas as diferentes partes dos textos analisados

f) Reagrupar as partes dos textos por temas encontrados;

g) Elaborar uma redação por tema, de modo a dar conta dos sentidos dos textos que orientam a análise.

Na etapa final, foi elaborada uma síntese interpretativa através de uma redação que foi capaz de dialogar com os temas objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

3.7 Questões éticas da pesquisa

A pesquisa deu início quando o estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Horizonte, fornecendo anuência para a sua realização. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (CNS, 2012).

Para garantia do anonimato dos participantes, os excertos dos participantes estão identificados a partir de sua atividade profissional ou categoria seguidos de um número indicativo da sequência em que as entrevistas forem realizadas, conforme o quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Nomenclatura de identificação de participantes da pesquisa

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ENF	Enfermeira(o)
GES	Gestor(a)
USU	Usuário(a)

Fonte: Elaborado pela autora.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta pesquisa apresentam dois blocos no sentido de compreender a experiência da política nacional de educação permanente para avaliar o Curso de Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde (CTACS):

1 – A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Dimensão do Conteúdo, A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Dimensão do Contexto, A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Dimensão da Trajetória; e

2 – Experiência do curso a partir da política, enfocando-se os aspectos de mudanças de práticas de cuidado e institucionais por meio do vínculo e ampliação do escopo técnico de trabalho.

4.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E O CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2006; 2018) propõe romper com a lógica que adquire produtos e serviços educacionais por meio de sua oferta e propõe o desenvolvimento de processos educativos de modo descentralizado e ascendente, centrado nas necessidades de saúde dos territórios

Em suas diretrizes aponta os processos de trabalho como centro privilegiado da aprendizagem que deve acontecer no cotidiano de trabalho das organizações a partir do conhecimento e das experiências das pessoas, enfocando a aprendizagem significativa como estratégia de transformação das práticas e a problematização como o caminho metodológico para a incorporação do aprendizado no cotidiano das organizações.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) carrega um conceito polissêmico que muitas vezes significa coisas distintas, mas compreendidas na ideia de um conjunto de ações educativas realizadas de maneira contínua para melhoria e transformação do trabalho (PINTO, 2016).

Destarte, a EPS é o enfoque educacional reconhecido como o mais adequado para produzir mudanças na atuação profissional e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão de processos.

Desde o surgimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em 1987, no Ceará, até o momento, já se foram 35 anos. Se pensarmos no tempo cronológico pode até parecer muito, mas se pensarmos na perspectiva do tempo histórico necessário para a construção social de uma nova categoria profissional na saúde cuja vocação é atuar como sujeito político na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) atuando na transformação de questões sociais, culturais e econômicas, e na efetivação da saúde como direito, constatamos foi um período muito profícuo.

O ACS é um profissional *sui generis*, pois ao contrário do que é comum na atuação dos profissionais da saúde, na sua origem, não atuava com base em protocolos rígidos e normatizações. Seu papel foi e é realizar a abordagem familiar no seu território com ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde. A habilidade de comunicação, a inovação e a criatividade têm se construído como a marca do êxito e sucesso da categoria.

Trata-se na verdade uma profissão muito jovem no campo da saúde, o seu início ocorreu no momento em que o país lutava para ter a saúde como direito social reconhecido, culminando com a criação do SUS em 1988 pela Constituição Federal brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros na época. O trabalho do ACS com visitas as casas localizadas nas áreas mais longínquas da área rural e dos grandes centros urbanos mostrou ser possível a aproximação entre as necessidades de saúde da população e o cuidado do poder público.

A Dra. Anamaria Cavalcante, médica pediatra que participou da construção do Programa Agentes Comunitários de Saúde no Ceará (PACS), formulou a seguinte metáfora para falar da Estratégia de Saúde da Família (ESF): “Do PACS veio a costela de adão que deu origem a Estratégia de Saúde da Família”. As ideias que fundamentavam o PACS, adquiriram substância política no movimento da implantação do SUS com seu modelo de funcionamento regionalizado, hierárquico e descentralizado, possível no bojo do processo de redemocratização do país. Tais ideias são os primeiros esboços de ações que

privilegiam a abordagem de família em detrimento do indivíduo, centra-se no território em detrimento do hospital, e tem o vínculo, como marca da relação dos profissionais de saúde e comunidade.

Embora tenha nascido no período de renovação democrática do nosso país o reconhecimento legal da profissão só acontece em 2002 com a lei 10.507, de 10 de julho de 2002, quando a nível técnico passa a ser exigência para formação da categoria, sendo determinado o SUS como âmbito exclusivo dessa atuação (BRASIL, 2002). Concomitantemente a estava em movimento também o processo de consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS que culminou com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006.

Em consonância com seu processo histórico, desde o seu início, a efetivação da formação do ACS teve como princípio a participação social, o fortalecimento da ESF como modelo de APS, e adotou a problematização da realidade como eixos metodológico norteador de todo processo de formação. Foi em função desses princípios que em 2005 a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) elaborou e propôs a formação técnica dos ACS do Ceará desenhando um currículo em consonância com as diretrizes do perfil traçado pelo Ministério da Saúde.

Seguindo as diretrizes da antiga PNAB (BRASIL, 2012), vigente à época, esta formação está estruturada conforme os fundamentos e estratégias da Educação Permanente em Saúde (EPS), onde pela metodologia da problematização, as concepções e situações de trabalho são organizados e encadeadas de maneira a gerar reflexões com potencial para mobilizar a busca de mudanças nas práticas profissionais, a partir de três eixos de sustentação:

1. O Fortalecimento do trabalho em equipe da Estratégia de Saúde da Família no Território;
2. Processo de Trabalho como centro privilegiado da aprendizagem e formação em saúde;
3. A abordagem familiar e a Intersetorialidade no desenvolvimento das ações.

O Curso Técnico em Agente Comunitário de saúde, ofertado pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) possui 03 Etapas Formativas e até o ano de

2007 todos os 184 municípios do Ceará, segundo documentos disponibilizados pela instituição, tiveram todos os seus ACS capacitados na 1ª Etapa Formativa, acumulando um total de quase 15.000 profissionais no estado.

Somente em 2015 a ESP-CE retoma a formação Técnica em 06 municípios cearenses e no ano seguinte formam os primeiros técnicos em ACS do estado do Ceará. No ano de 2021, conta-se com a formação técnica completa deste profissional em 11 municípios, são eles: Acopiara, Iguatu, Fortaleza, Horizonte, Tauá, Jucás, Guaramiranga, Capistrano, Itapiúna, Itaitinga e Pindoretama.

O projeto tem como desafio seguir com a capacitação e profissionalização dos primeiros Técnicos de Agente Comunitários de Saúde do estado. A proposta visa qualificar suas atuações profissionais, fortalecendo-os enquanto categoria profissional, além de potencializar seus papéis no processo de transformação do modelo de atenção à saúde.

Assim, acredita-se ser um fator fundamental nesse processo de envolvimento dos profissionais de saúde nos cursos oferecidos, a compreensão destes e dos gestores da saúde sobre o processo da EPS, uma vez que esta compreensão pode favorecer o entendimento da importância das ações EPS para mudança de práticas profissionais e na organização dos serviços de saúde, mudanças estas que deve ser vivenciada não apenas individualmente por quem participa da ação, mas pela equipe a qual está vinculado. Esta compreensão também pode contribuir para uma análise crítica e reflexiva sobre os processos de EPS vivenciados no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento dos mesmos (VASCONCELOS et al., 2013).

Diante disto, em sua revisão relacionada a formação técnica dos ACS, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) propõe uma metodologia da problematização baseada no Diálogo. Segundo informa os documentos da ESP-CE, esta proposição se baseia no Diálogo em seu sentido amplo comunicação, partindo do pressuposto que sem aprender a dialogar não problematizamos a realidade, tampouco, é possível construir soluções inovadoras.

Nesta proposta metodológica a problematização da realidade primeiramente consiste em se perceber como parte do contexto, do ambiente que gerou o problema, superando o pensamento linear, simplificador, de pensar que os problemas são parte da realidade existente independentemente de como as pessoas pensam, sentem e creem.

A EPS baseada na problematização da realidade deve se estruturar como uma estratégia de mudança individual e coletiva, e para isso, precisa operar na complexidade dos comportamentos e seus múltiplos determinantes (DAVINI, 2009).

Como foi dito, é comum confundir a metodologia da problematização com a proposta metodológica da “Solução de Problema”. Esta perspectiva, é bom esclarecer, opera com a análise de problemas dividindo-a linearmente, em momentos, amparados em uma racionalidade técnica. Já a problematização da realidade deve condicionar a solução dos problemas à transformação dos comportamentos das pessoas e das organizações em função da tomada de consciência dos sujeitos que se reconhecem, ao mesmo tempo, como parte do problema, e também, de sua solução.

Tendo em vista a concepção metodológica aqui explicitada como norteadora da formação técnica dos ACS é importante aprofundar até que ponto esta proposição tem dado resposta efetiva no sentido de consolidação da Política de Educação Permanente para a APS do SUS.

A EPS concede ênfase as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, utilizando a problematização como estratégia de motivação do discente, assim diante do problema ele examina, reflete, relaciona suas experiências pregressas e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à construção de conhecimento, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Há um consenso geral que reconhece os limites e a ineficácia da concepção tradicional como geradora de mudanças nas práticas profissionais. Nas últimas décadas diversos têm concentrado seus esforços em estudos e pesquisas no sentido de revisar e propor processos educativos mais comprometidos com a transformação das práticas autores (DAVINI, 2009; CECCIM, 2004; FEUERWERKER, 2004).

Hoje a aposta da educação profissional em saúde coloca o processo de trabalho como centro privilegiado de aprendizagem no sentido de manter seus profissionais capacitados e, assim, atualizados para o enfrentamento das mudanças, em face da constante evolução tecnológica e científica. A escolha do processo de trabalho como centro privilegiado da aprendizagem exige mudança de enfoque nas estratégias pedagógicas, e não é meramente questão valorativa.

Segundo Davini (2009), é em função da constatação de que o cotidiano de trabalho é realmente o ambiente onde se consolidam comportamentos e formas de atuação profissional, sejam individuais e/ou coletivas, que se justifica tal proposição. A questão central, no entanto, é como problematizamos as práticas no sentido de gerar uma aprendizagem significativa com potencial de criar soluções para os problemas que se apresentam hoje no cotidiano de trabalho do setor saúde. É comum se pensar que problematizar as práticas consiste simplesmente em levantar uma série de problemas sobre um determinado assunto.

Todavia, geralmente os problemas que enfrentamos são de natureza complexa e de difícil solução, e o processo de levantar questões sem apontar soluções, resulta em desencontros, desentendimentos, conflitos e um sentimento de impotência nas pessoas.

Os problemas que são enfrentados no cotidiano têm diversas faces, em especial, quando pensamos os problemas próprios da Atenção Primária à Saúde. A solução de tais problemas não se encontra somente nos livros e esperam por saídas. São problemas implicados em um contexto específico que o gera. Solucioná-los exige tempo de reflexão, tanto individual como coletiva. E não só isso, implica também novas perspectivas de ver, sentir e perceber os problemas.

É neste sentido que essa pesquisa se inscreveu no campo contra-hegemônico da Avaliação de Políticas Públicas, a fim de desvelar processos que subsidiem essa intencionalidade avaliativa com relação à PNEPS.

4.2 AVALIAÇÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO TÉCNICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (CTACS): CONTEÚDO, CONTEXTO E TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM EXPERIÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE HORIZONTE, CEARÁ

4.2.1 Análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A proposta da Avaliação em Profundidade estabelece o delineamento do processo avaliativo multidimensional, em que a dimensão do conteúdo diz respeito a análise do conteúdo e bases conceituais da política; a dimensão do contexto é atinente ao levantamento de dados sobre o momento político-institucional no contexto de formulação da política; a dimensão da trajetória institucional que busca sistematizar as mudanças nos sentidos dados aos objetivos do programa e à sua dinâmica conforme vai adentrando espaços diferenciados na relação entre os agentes institucionais e beneficiários da política; e a dimensão do espectro temporal e territorial, que apreende essa configuração no percurso da política, confrontando os seus objetivos e aspectos gerais com as especificidades e historicidades locais do território (RODRIGUES, 2008).

Neste contexto, diante desta perspectiva e considerando também alguns pressupostos da Avaliação de Quarta Geração, se procede com a apresentação e discussão das dimensões do conteúdo, contexto e trajetória e a experiência da política no território estudado, a fim de subsidiar uma análise da PNEPS.

4.2.2 Dimensão do conteúdo

Com relação ao marco regulatório acerca da PNEPS, o destaque inicial é o próprio processo de criação e implementação do SUS no contexto de redemocratização do país com a Constituição Federal de 1988.

O artigo 200 da Constituição Federal, atribui as seguintes competências para o SUS:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988, s.p.).

Destaca-se o inciso III, a partir do qual as questões da educação na saúde são intrínsecas ao SUS. Como se percebe a partir do quadro apresentado anteriormente, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, ao longo do tempo, estratégias diversas para implementar essa questão.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em 2004 representando um marco para a formação e trabalho em saúde no país, articulando as questões de educação e saúde com intermédio do Estado, uma vez que em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, materializando um importante aspecto institucional, uma vez se considerando também o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que operacionaliza a implementação da política (BRASIL, 2018).

O marco legal específico da criação da PNEPS é a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, a qual as diretrizes de implementação foram publicadas pela Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007). A proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema nacional de saúde.

Com relação aos objetivos da política se pretende a formação e o desenvolvimento de estratégias e políticas para o conjunto de profissionais de saúde por meio da constituição de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS a fim de se elaborar projetos de mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações e nas residências em saúde; o fortalecimento do trabalho e da gestão para o SUS; o envolvimento com o movimento estudantil da área da saúde; o

estímulo à produção de conhecimento para a mudança de práticas de saúde; e a educação popular e gestão participativa das políticas de saúde (BRASIL, 2007).

Com relação às funções dos colegiados e polos, são:

- I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;
- VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e
- VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País (BRASIL, 2007, s.p.).

A avaliação e monitoramento da política se dá através dos Colegiado de Gestão Regional, que tem, dentre outras atribuições, “acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região” (BRASIL, 2007, s.p.) e do Conselho Estadual de Saúde, que tem, dentre outras atribuições, “acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal” (BRASIL, 2007, s.p.). Além disso, há a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sob a responsabilidade da SGTES (BRASIL, 2007).

Atualmente, o marco regulatório da política se dá pela portaria de consolidação nº 2/GM/MS, anexo XL, de 28 de setembro de 2017, que transcreve o conteúdo dos marcos citados e instituiu alguns poucos dispositivos, como a possibilidade de instituição de fóruns de polos (BRASIL, 2017).

Por fim, como se vê, os conceitos e noções centrais que orientam a política são aprendizagem significativa advinda das necessidades de aprendizagem

do cotidiano e processo de trabalho, bem como a necessidade de reorientação da formação para o trabalho e gestão do SUS.

4.2.3 Dimensão do contexto

O contexto de desenvolvimento da PNEPS se relaciona com o próprio desenvolvimento da política nacional de saúde brasileira, que compreende um longo processo histórico, o qual abordaremos sucintamente.

No período colonial o Brasil era tomado por epidemias, em especial de doenças como febre amarela, cólera, varíola e malária, um fato que chegou a ocasionar crise nos portos no advento da abertura dos portos (PAIM, 2008). A economia do país, como se viu no tópico anterior, nessa época entre colônia, império e república baseava-se na exportação. Houve, por conseguinte, uma queda na produção agrícola em decorrência da resistência da importação de alguns produtos brasileiros. Ora, a saúde, nesse período, era exclusividade dos segmentos populacionais abastados e a classe trabalhadora padecia de epidemias tendo para a sua assistência somente instituições de caráter caritativo e a medicina popular.

Com o advento da república o então presidente Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz para o Departamento Nacional de Saúde Pública, que criou o controle epidemiológico e exerceu liderança no movimento de reforma sanitária brasileira, tendo instituído a vacina contra a varíola como uma política pública (HOCHMAN, 2011).

Com o desenvolvimento econômico do país e o advento do capitalismo e industrialização, mesmo que tardia, há uma crescente do número de imigrações, trazendo em seu bojo o modelo industrial já bem consolidado na Europa. A saúde precária no país continuava a não conseguir estabelecer controle suficiente em termo de epidemiologia e a partir dos movimentos grevistas com objetivo de acesso a saúde e melhoria nas condições de trabalho há a consolidação da Lei Eloy Chaves em 1923 que foi a primeira lei a ensaiar uma espécie de previdência social e seguridade social com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), as quais objetivavam garantir assistência médica para os trabalhadores.

Paim (2008) situa alguns momentos históricos relevantes deste processo:

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, advindo dos esforços de centralização do Estado e após a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões

(IAPS) que geria os recursos advindos das CAPs. O modelo de saúde brasileiro vai, então, modernizando-se com a crescente do capitalismo e com a modernização do Estado, contando, a partir de então, com hospitais equipados e profissionais.

Na década de 1960, Brasília é criada, e o governo brasileiro investe na criação de fábricas automobilísticas, estimulando a industrialização. Acontece, nesse período, a expansão da medicina de lucro, onde empresas médicas prestam serviços médicos privados, com hospitais próprios, ensaiando o hoje poderoso *lobby* da saúde privada que se encontra encrustado no congresso nacional e contribui para o desmonte do SUS instituído no final da década de 1980. Em 1964 quando Jânio Quadros assume a presidência da república, havia o projeto das reformas estruturais, dentre as quais estava à reforma da saúde. Contudo, há o golpe civil militar e instaura-se a ditadura civil-militar.

Em 1967 aconteceu a unificação e todos os IAPs, e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ficava a cargo no INPS assegurar a Previdência Social a todos os trabalhadores (urbanos e rurais), assim como garantir acesso a saúde, no que diz respeito à prática da medicina curativa. As medidas de prevenção, assim como o controle epidemiológico eram responsabilidade do Ministério da Saúde. Porém, no Regime Militar acontecem altos investimentos nos hospitais privados, uma vez que, como o INPS atendia a todos os trabalhadores do país o serviço de saúde, sozinho, não seria capaz de atender a esse público. Criase, então o Instituto Nacional de Atenção Médica da Previdência Social (INAMPS).

Nesse ponto, o modelo de intervenção estatal no capitalismo entra em colapso, reverberando no Brasil, e cresce o número de manifestações em prol do direito à liberdade de expressão e melhor qualidade de vida no Brasil, dentre eles, as Revolução Sanitarista em 1980, que reivindicava saúde para todos, não apenas para trabalhadores com carteira assinada, e o movimento Diretas Já, em 1984, que culminou na eleição de Tancredo Neves, marcando o fim do Regime Militar. Surgem nesse período os conselhos populares voz nos serviços já conquistados e nas políticas de saúde, ensaiando o controle social.

Na década de 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde, juntando sob um mesmo escopo institucional as ações estatais da educação e da saúde, uma vez que dentre as atividades estava à administração escolar, administração da saúde pública e da assistência médico-social. Somente na década de 1950 é que o

Ministério da Saúde e Educação são separados, realizando atividades inerentes ao seu escopo (HAMILTON; FONSECA, 2003).

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, as políticas públicas de saúde no Brasil, são norteadas pelos princípios da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional (HAMILTON; FONSECA, 2003).

A Constituição da República Federativa do Brasil, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

No contexto da realidade brasileira, transcorridos 33 anos desde a promulgação da Constituição, cabem alguns questionamentos: os cidadãos brasileiros têm acesso às ações e serviços de saúde necessários para a resolução de seus problemas, ou ainda existem restrições e barreiras importantes de acesso? As ações e serviços estão sendo planejados e programados de acordo com as necessidades de saúde da população e com as condições de saúde da realidade local? Os profissionais de saúde compreendem e atuam nos serviços de saúde pautados nos princípios e diretrizes do SUS? As políticas de saúde comunitárias têm produzido impactos significativos na melhoria das condições de saúde da população e na qualidade do ambiente?

Esses e outros questionamentos aqui sucintamente descritos, embora difíceis de serem respondidos, diante de inúmeras variantes, devem ser preocupações dos gestores de políticas públicas de saúde e sua avaliação é fundamental para tomada de decisão, anunciando o contexto de implementação das políticas de saúde no país.

Apesar dos inegáveis avanços do SUS, a sua consolidação ainda encontra vários entraves, desde as dificuldades em relação a acesso, aos impactos e cumprimento de princípios e diretrizes preconizados pela Constituição Federal, até deficiência na formação dos profissionais, subfinanciamento, baixa resolutividade dos serviços básicos e outros (SANTOS, 2007).

Em 2018, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) lançou o relatório *30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Qual faz um balanço do percurso institucional do SUS e lança diretrizes para os próximos anos da política, tendo em

vista os aspectos do Estado brasileiro contemporâneo, no qual consta um capítulo sobre aspectos relacionados à educação em saúde (OPAS, 2018).

Neste íterim, Padilla, Pinto e Nunes (2018) apresentam um resgate histórico das ações relacionadas ao trabalho e saúde no âmbito da saúde pública brasileira, situando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira como a grande força motriz que impulsionou debates e a crítica acerca das concepções de saúde, corroborando com Paim (2008). Tal questão, mobilizou, ainda de acordo com as autoras, inclusive, o surgimento de cursos diversos de níveis técnico e superior, linhas de pesquisa e atividades de capacitação diversas, à guisa de responder à necessidade formativa em saúde.

Padilla, Pinto e Nunes (2018) debatem as ações relacionadas ao trabalho e saúde no âmbito da saúde pública brasileira, situando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira como a grande força motriz que impulsionou debates e a crítica acerca das concepções de saúde. Tal questão mobilizou o surgimento de cursos diversos de níveis técnico e superior, linhas de pesquisa e atividades de capacitação diversas, à guisa de responder à necessidade formativa em saúde.

Assim, foi criado ainda nos anos 1970 o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), sob intermédio da OPAS, o qual se configurou num relevante instrumento para a educação e formação de recursos humanos em saúde (PADILLA; PINTO; NUNES, 2018). Vale ressaltar que essa época demarcava justamente o auge da ditadura civil-militar no Brasil.

O processo histórico de contexto de implementação da PNEPS é influenciado por ideologias arraigadas em cada período apontando dois aspectos principais: os discursos acerca da centralidade do trabalho com demandas de qualificação profissional e capacitação; e os discursos acerca da centralidade do sujeito em suas necessidades de aprendizado em seu cotidiano (SILVA et al., 2019).

Assim, no início da década de 1970 no país, os discursos apresentados diziam respeito a uma espécie de *adestramento*, isto é adequação do profissional à necessidade de trabalho, o que começou a apresentar uma mudança no final da década com a intervenção da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que cunha a noção de formação de *recursos humanos para a saúde*, remontando a uma prática de administração clássica, mas alinhada ao sujeito de certa maneira, o que lança as bases para a transformação dos serviços em um local de aprendizagem através do dinamismo dos processos humanos de trabalho (SILVA et al., 2019).

Já na década de 1980 há uma ruptura com a educação dialógica em detrimento do adestramento, da adaptação e há uma mudança do termo educação continuada para educação permanente, o que pode se explicar pela notória influência de Paulo Freire no discurso educacional e pedagógico da época (SILVA et al., 2019).

As autoras apontam, ainda, que na década de 1990 o principal marco é a construção do SUS e com relação ao trabalho em saúde o destaque se dá pela criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a decisão de expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), que orienta novas necessidades e conformações do trabalho (SILVA et al., 2019).

Já na década de 2000 com a criação de programas de profissionalização, a educação permanente em saúde se verte pelo discurso da profissionalização. Esses processos culminaram nas mudanças dos currículos de graduação em saúde e há o destaque para a criação de estratégias de estágios vivenciais, como o Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER SUS), bem como vários programas de formação pelo trabalho para o SUS a fim de inflexionar já na graduação a educação permanente, demarcando uma institucionalização dos projetos a nível de graduação, que culminou na PNEPS de maneira geral posteriormente, através da criação da SGTES (SILVA et al., 2019).

É a partir do advento do SUS, por conseguinte no processo de redemocratização, que as ações são intensificadas. Contudo, nos anos 1990 há uma espécie de estagnação e é na década de 2000, sobretudo no período de 2003 a 2014, que há uma grande efervescência de ações implementadas, as quais buscam integrar essa relação entre a educação e a saúde em termos de formação na saúde, em face da competência do SUS de ordenar a formação para a saúde no Brasil.

Essas demarcações apresentam confluência com o próprio processo de transformações e inflexões do Estado brasileiro contemporâneo em seus modelos de gestão com destaque para o período de maior expansão e crescimento econômico e desenvolvimento social do país, que é justamente o período em que há o maior desenvolvimento de estratégias e ampliação da Educação Permanente em Saúde e da PNEPS.

É neste contexto que se evidencia, a seguir, aspectos acerca da trajetória institucional da política.

4.2.4 Dimensão da trajetória

No Quadro 4, a seguir, se apresentam um aspecto histórico acerca das ações estatais relacionadas à educação e saúde no país, o que estabelece toda a trajetória para o desenvolvimento da PNEPS no Brasil.

Quadro 4 – Políticas e Ações de Educação em Saúde no âmbito do Estado brasileiro

1970	1974	Programa de Integração Docente – Assistencial (IDA)
	1975	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPEPS) Cursos Descentralizados de Saúde Pública
	1976	PIASS – Programa de Interiorização das ações de saúde e Saneamento, criado pelo decreto nº 78.307 de 1976
1980	1981	Projeto Larga Escala (PLE)
	1985	Rede Unida
	1986	I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
	1987	Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU)
	1988	Constituição Federal
1990	1990	Leis 8.080 e 8.142
	1990	Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa Ensino, Serviço e Comunidade)
	1993	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS)
	1993	Norma Operacional Básico de Recursos Humanos do SUS (NORH-SUS) II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
	1999	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)
2000	2000	Princípios e Diretrizes para a NOBRH-SUS
	2001	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área da Saúde (DCN)
	2001	Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares das escolas Médicas (PROMED)
	2002	VER-SUS (Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde)
	2003	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS)
	2003	Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS
	2004	Política de Educação Permanente em Saúde
	2004	Comitê Nacional Interinstitucional de desprecarização do Trabalho no SUS
	2004	Comissão especial para Elaboração de diretrizes do PCC-SUS
	2005	Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde (PRO-SAÚDE)
2005	Residências em Saúde	

	2006	3ª Conferência Nacional de RHS. Política de gestão do Trabalho
	2006	Qualificação e estruturação da gestão do trabalho no SUS – ProgeSUS
	2007	TELESSAÚDE
	2008	PET-SAÚDE
	2009	PROFAPS
2010	2010	Sistema Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS)
	2010	Sistema FIES (Lei 12202)
	2011	Programa de Valorização do profissional na Atenção Básica (PROVAB)
	2011	INOVA-SUS
	2011	Revalida
	2012	Saúde Baseada em evidências
	2013	Programa Mais Médicos
	2013	Caminhos do cuidado
	2014	Comunidades de Práticas

Fonte: PADILLA; PINTO; NUNES, 2018, p. 143.

Como foi representado no quadro, as principais instituições envolvidas na execução da política são o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, os quais já figuraram um ministério só, desmembrando-se após a década de 1950. Neste âmbito, destaca-se, como dito anteriormente, a criação da SGTES no início da década de 2000, que trabalhou na implementação de estratégias e desenvolvimento da política (BRASIL, 2018).

Cabe destacar também a atuação da OPAS, sobretudo no desenvolvimento de estratégias para formação de recursos humanos para a saúde no final da década de 1970; e a Rede Unida, que desde sua fundação vem implementando estratégias relevantes no mesmo âmbito, sobretudo voltadas para a formação a nível de graduação, isto é a formação profissional em saúde, bem como o fortalecimento da produção de conhecimento (PADILLA; PINTO; NUNES, 2018; SILVA et al., 2019).

Certamente que o protagonismo de implementação e desenvolvimento da política é da SGTES no âmbito do Ministério da Saúde, mas a atuação da OPAS durante toda a segunda metade do século XX foi de crucial importância para o estabelecimento das bases e estratégias de formação e educação em saúde no país e pode-se dizer o mesmo da Rede Unida.

Com relação aos movimentos sociais, a Reforma Sanitária Brasileira orientou toda a construção de um processo de saúde ampliado, o que reverbera

diretamente nas noções, diretrizes e objetivos da política em tela, sobretudo pela própria construção do SUS, o campo onde a política se desenvolve.

Dentro deste bojo está a realização das Conferências Nacionais de Saúde, nas quais, ainda antes da construção e implementação do SUS, os elementos basilares que serviram como inspirações para a construção e operacionalização da PNEPS já surgiram a partir de demandas dos trabalhadores.

Neste sentido, a trajetória da política perpassa todo o desenvolvimento histórico da formação social brasileira contemporânea em seus avanços, retrocessos, rupturas e continuidades, demarcando um amálgama entre os esforços dos movimentos sociais, de instituições governamentais, organizações internacionais e órgãos do terceiro setor.

4.3 Avaliação do Curso de Formação Técnica de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) por meio da Educação Permanente em Saúde: experiências no município de Horizonte, Ceará

Para além da análise das dimensões de conteúdo, contexto e trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o processo analítico se debruçou sobre a construção de narrativas, sobre as quais, após coleta de entrevistas e realização de oficinas para a devolutiva desses dados, se apontou o elenco de dois eixos analíticos a partir do trabalho desenvolvido pelo curso: 1 – Melhorias das práticas; 2 – Construção e fortalecimento do vínculo entre as equipes.

Essas duas categorias convergem aos objetivos da política nacional de educação permanente, que anunciam a promoção de mudanças institucionais, o fortalecimento das ações das equipes e a transformação de práticas e técnicas no ambiente de trabalho (BRASIL, 2018).

Da mesma forma, esses objetivos se desdobram a partir dos problemas e necessidades atinentes ao processo de trabalho em saúde por meio da incorporação do ensino, da atenção à saúde, da gestão do sistema e da participação e controle social no cotidiano dos serviços, de forma a promover a mudança e transformação desse cotidiano.

A seguir, se elencam essas categorias a partir da análise de conteúdo de narrativas originadas de entrevistas e oficinas, conforme as unidades temáticas supracitadas.

4.3.1 Mudança de práticas

As equipes de ACS, de Enfermagem, gestores e usuários entrevistados convergem no sentido de apontar que a formação desenvolvida pelo curso foi crucial para a melhoria de suas práticas de cuidado e processos de trabalho.

Eu vejo mudanças (...) acabamos absorvendo um pouco mais de conhecimento, que levamos para a comunidade e para a prática no trabalho também (...) informações que a gente antes não tinha, muitas dúvidas, principalmente sobre a questão de doenças como hipertensão e diabetes, muitas dúvidas foram tiradas (...) questão de vacina também (ACS 1).

Houve mudanças porque eu acho que todo aprendizado é válido. Quanto mais a gente se aperfeiçoar, tanto é bom para mim quanto para a comunidade e eu aprendi muito com esse curso. Antes eu tinha um olhar que agora é diferenciado. Eu vi um resgate de que eu posso intervir na comunidade que antes eu não percebia (...) porque eu pensava que meu trabalho era só aquele de cadastrar, dizer que no posto tinha dia de consulta, mas eu posso ir além (ACS 2).

*Na grande maioria dos meus agentes de saúde eu percebi que melhoraram. Eles se tornaram mais proativos e não estão dependentes de nós enfermeiras (...) O desempenho deles melhorou bastante, a maturidade, a visão deles ficou bem mais ampliada.
(ENF 1).*

O agente de saúde antes do curso era um e depois curso é outro. O que que eu pude observar de diferença nisso é que os agentes de saúde começaram a ter um olhar mais humanizado, mais sensibilizado, problemas que antes eles não conseguiam perceber na comunidade, o curso fez com que sensibilizasse o olhar deles para determinadas situações (ENF 4).

Sem dúvida nenhuma houve mudanças, porque de primeiro não tinha nada disso e hoje o agente de saúde vem na sua casa, sabe mais, se você tiver com problema pode até pedir ajuda a ele que ele ajuda também (...) é muita mudança (USU 2).

A partir dos conteúdos narrativos destacados, observa-se uma ampliação do escopo de práticas com vistas à melhoria, diretamente relacionadas ao

desenvolvimento do curso. Aponta-se sobre a transmissão do conhecimento e a implicação na construção da autonomia e corresponsabilidade nas práticas de cuidado, em que foi se desenvolvendo um processo de trabalho conjunto com o empoderamento dos agentes comunitários na intervenção de situações sanitárias, ampliando o escopo de suas práticas.

Como abordam Lavor, Lavor e Lavor Filho (2004), o ACS se insere no cotidiano de práticas de saúde no território, identificando e intervindo em situações em conjunto com os demais profissionais. Isto é anunciado com mudanças efetivas dessas práticas nas narrativas a seguir:

Eles conseguiram identificar situações que muitas vezes não viam esse risco, essa vulnerabilidade. Eles antes focavam muito na doença e o curso não trouxe só as doenças, trouxe as questões sociais como as de violência que eles identificavam, mas não sabiam como manejar e eu percebo que hoje eles têm um manejo bem melhor na comunidade (ENF 1).

Em relação no acionamento das redes (...) dentro do curso técnico eu consegui com a abordagem do (...) psicólogo. Com os textos trazidos pela formação eu consegui fazer uma abordagem diferente e ter um olhar mais atento pra família (...). O curso nos possibilitou analisar também as relações sociais dentro do domicílio (...). Eu nunca chego em um problema com a solução do problema familiar de ninguém, eu construo junto com a família. A partir daí vim elaborar as ferramentas do curso para elaborar uma estratégia junto com a família para a gente poder melhorar a relação familiar e aí isso permitiu que eu conversasse com a mãe primeiro, falando da ansiedade que ela tinha, coisas que o curso também trouxe, e ela procurasse a unidade para ter orientação profissional tanto do enfermeiro como do médico e aí a gente conseguiu perceber um pouco da mudança junto com as crianças (...). Outro momento foi com o pai, que aí o pai foi contar a história de que a esposa dele conseguiu tirar ele das drogas e aí eu nunca tinha visto um homem chorar pra mim contando essa história de vida, que foi muito bonita. Nesse contexto, eu não precisei acionar (...) dentro do diálogo com a família eu consegui trazer realmente a vida, porque estava acontecendo algo muito conflituoso entre eles e poderia haver até uma separação e eu não precisei acionar a rede, porque dentro do contexto eu consegui construir o fortalecimento de vínculo dentro da própria família (ACS 3).

Hoje a gente não trabalha somente com as questões de saúde em si, a gente trabalha também com a questão de violência e

pra você trabalhar alguns temas que trouxeram dentro do curso foi de suma importância porque melhora a abordagem, melhora a escuta, pra que você possa perceber o que está acontecendo, você tem que ter uma escuta sensível e o curso nos proporcionou isso. A gente escutar melhor e estar mais atento e ter um olhar mais ampliado, não só para a questão de saúde, questão de saúde a gente não passa somente pela questão do corpo físico, mas também pela questão de habitação de moradia, saneamento que deve ser garantido (ACS 2).

Por exemplo, algum paciente hipertenso que antes eles não conseguiam perceber as deficiências psicológicas, já começaram a ter um olhar mais aprimorado pra isso, pra perceber um paciente com quadro de ansiedade. Quando o paciente estava inseguro em relação a alguma preocupação, eles já conseguiam perceber uma alteração no paciente que antes eles não tinham esse olhar humanizado (ENF 2).

Eu percebi que eles estão mais ativos na busca de identificar problemas na área e estar compartilhando com a gente pra resolver. Realmente, após o curso o fator que me chamou mais atenção foi a sensibilização deles em identificar problemas psicológicos que antes eles não tinham, não conseguiam identificar isso na área e eles compartilham muito isso com a gente. Então estreitou bastante, tanto o laço com a equipe, não só comigo, mas com equipe inteira, eles são muito ativos aqui dentro da unidade é tanto que problemas da unidade que nem pertencem a eles a gente compartilha e eles vem e ajudam e na questão da comunidade muito mais (ENF 3).

Nota-se com isso a diversificação e ampliação dos sentidos do trabalho do ACS, o que além de ser percebido por eles ressoa nas enfermeiras que apontam melhor desenvolvimento do cotidiano de trabalho, inserindo-se mudanças de práticas, o que é fruto das atividades do curso.

Esse cenário também é percebido pela gestão, conforme se demonstra nos conteúdos enunciados abaixo.

Muitos módulos do curso traziam aquele olhar mais aprofundado para o agente de saúde e também de ligações com a rede intersetorial. Então hoje eu percebo que o agente de saúde consegue fazer um contraponto com a rede. Por exemplo, na rede da política de assistência social, e esse foi um módulo muito falado, pois nós trabalhamos a questão da violência (...). Eles também conseguem fazer um contraponto com algumas questões voltadas à educação e assim com

tantas outras situações da própria rede. Eu percebi que com isso claramente eles foram cada vez mais melhorando dentro das suas práticas e o curso trouxe essa base, tanto que vários deles se reportam a situações que foram vivenciadas no próprio curso. Isso sem falar do próprio material que eles ficaram e que os ajuda numa necessidade de fazer uma consulta e de reviverem aquilo que foi trabalhado. Eu vejo uma mudança para melhor na postura deles (GES 1).

Eu observo realmente uma postura diferente, não mais aquela coisa tão amadora. Eu percebi muito isso, que eles tiveram uma postura mais diferenciada, de um profissional mais didático, mais técnico mesmo, a palavra é essa. Enquanto antes a gente percebia aquela coisa muito amadora, muito mais um faz de conta do serviço. Mas agora percebemos que eles começaram a pôr em prática realmente o que viram naqueles módulos. Pelo menos os meus, que trabalhei até o ano retrasado, vinham com perguntas muito mais técnicas, com perguntas didáticas mesmo, não com aquela pergunta sem muito sentido da vivência no território. Então eles passaram a ver as coisas com mais clareza, com mais conhecimento mesmo, não era mais aquela coisa amadora, eles sabiam o que estavam falando. Então eu acho que essa prática de técnico para eles parece que aflorou muita coisa, com o curso eles começaram a ver algumas práticas com um diferencial muito melhor. Saíram do senso comum para o saber técnico (GES 2).

Ressalta-se a menção a aspectos de intersetorialidade que foram trabalhados com o conseguinte desenvolvimento de competências nesse trabalho, em articular redes e outras políticas que caminham juntas com a saúde no cotidiano da saúde da família. Com isso, se pode conceber esse processo de educação permanente em saúde como uma oportunidade de reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, na medida em que os trabalhadores enquanto sujeitos tem a possibilidade de se expressar, olhar para a própria prática e buscar novos saberes, coadunando oportunidades de aprendizagem e efetividade clínica no território (GAIST; SOUZA, 2022; DONADUZZI et al., 2021; FERREIRA et al., 2019).

Assim, com o curso foram desenvolvidas novas competências e ampliação do processo de trabalho que apontam para a coadunação dos objetivos da PNEPS, sinalizando uma boa experiência no município de Horizonte percebida por sujeitos diversos inscritos no processo de trabalho em saúde em tela, sobretudo por localizar os ACS como atores de transformação dessas práticas.

Com relação aos aspectos formais de produção em termos de monitoramento e avaliação, desde meados de 2020 a PNAB tem se orientado por um modelo de financiamento pautado pelo programa Previne Brasil que define elementos para um processo de reforma da APS brasileira (HARZHEIM, 2020; HARZHEIM et al., 2020).

Os ACS ganham papel preponderante nesse processo de mudança por conta do financiamento por meio de capitação ponderada em que se faz necessário o cadastro de usuários e os registros de produção dos ACS são atinentes justamente ao número de cadastros realizados e à realização de visitas e acompanhamento domiciliares.

Aqui em Horizonte de 2021 para agora a gente estamos nesse foco, trazendo esse agente de saúde para o cumprimento das suas atribuições, da sua presença no território, de estar diante da sua população e da atualização que ele precisa fazer dos cadastros e percebemos tão claramente quando começamos a fazer o monitoramento da qualidade da produção desses ACS e faz uma junção com o prontuário eletrônico, por exemplo, gestante que é indicador do Previne e começamos a ver o que deu certo e que não alcançamos, começamos a ver o que está relacionado a aquele agente de saúde que não fez uma atualização de cadastro (...). A gente percebia o ACS motivado, reconhecido, eles se sentiram reconhecidos demais com aquele curso e a finalização do curso foi muito interessante, aquela solenidade onde eles receberam o certificado como técnico, aquilo ali foi muito bom e deu motivação a eles, se sentiram parte da equipe e os colocou em outro patamar (...) para que possamos trabalhar num novo formato que envolve monitoramento e avaliação, pois temos um rumo agora. A gente sabe onde a gente quer chegar e o Previne ensinou isso. Sabemos agora aonde a gente quer chegar, porque agora a gente tem meta a alcançar, o que antes a gente não tinha tão direcionado e o papel do agente de saúde é extremamente importante nesses indicadores do Previne Brasil. Quando a gente faz as reuniões de monitoramento com eles a gente diz vocês são a estrutura dessa casa, por que o cadastro é onde tudo começa e a partir desse cadastro é tirado todas as informações no prontuário eletrônico, é a partir deles que vou saber quantos hipertensos eu tenho, quantos diabéticos, que vai ajudar não só no Previne, mas também no Cuidar Melhor, e hoje eles se reconhecem como fundamentais (GES 2).

Como se observa na fala da gestora acima, há um reconhecimento da importância do ACS na organização dos processos de trabalho, sobretudo

considerando este novo contexto com o programa Previne Brasil, em que a atividade de cadastro ganha preponderância em termos de monitoramento e avaliação, uma vez que situa a base de captação financeira na busca pela ampliação do acesso e garantia de serviços (HARZHEIM, 2020; HARZHEIM et al., 2020).

Apesar disso, há um ACS entrevistado que tece uma crítica com relação a essa guinada de trabalho neste sentido de monitoramento e avaliação apresentados, o qual advém de programas com o Previne Brasil:

Nosso trabalho está muito focado em números. A gestão não quer que você fique muito tempo em uma casa passando uma informação, ela está um pouco mais ligada à questão de números, quer total de visitas, querem que você faça tantas por mês (ACS 1).

Observa-se que há uma divergência implícita entre as práticas desenvolvidas e os aspectos de metas relacionados aos programas de financiamento elencados nas mudanças da PNAB. Contudo, em que pese esse elemento apontado, a análise das percepções e dados desta pesquisa convergem para a possibilidade de empreendimento de mudanças de práticas institucionais de forma a consolidar a educação permanente em saúde por meio de processos dialógicos e ampliação do escopo de trabalho do ACS, bem como o fortalecimento de vínculos.

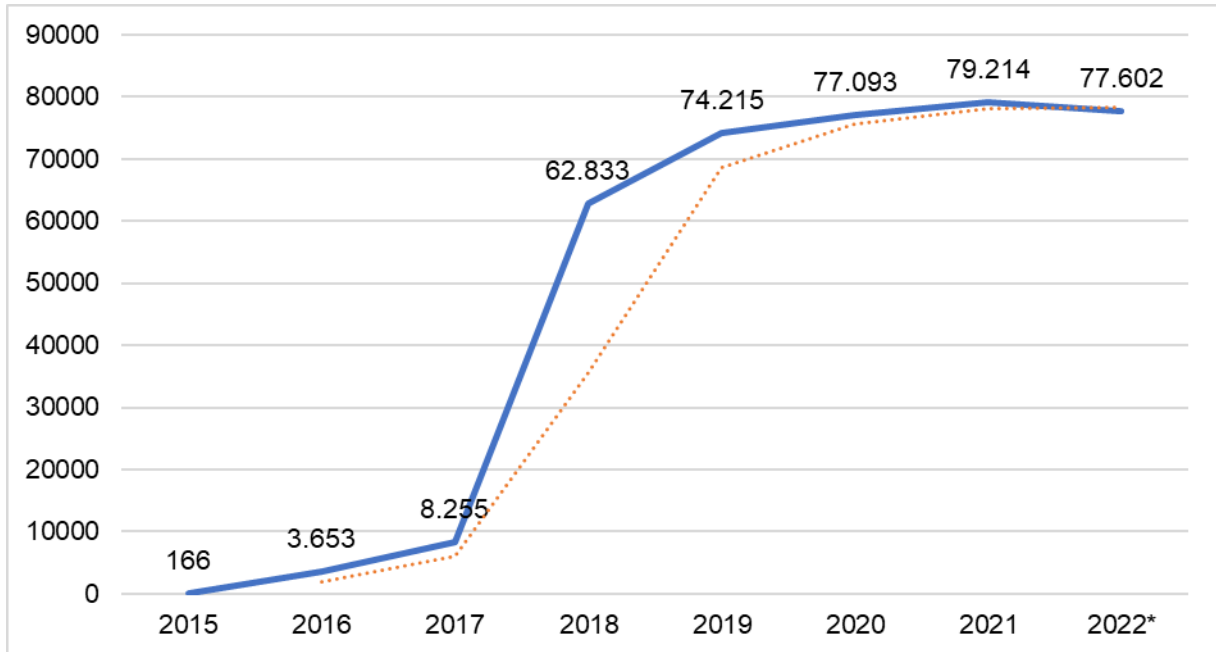
Assim, com relação a esse indicador de cadastro observou-se um considerável incremento logo após o desenvolvimento do curso com um aumento e consolidação do número de cadastros realizados a partir do ano de 2018, em que se aumentou em cerca de oito vezes o número de procedimentos realizados com uma tendência de média móvel crescente e estabilizada na sua realização, como se pode observar no Gráfico 1, na página a seguir.

Levando-se em conta a estimativa de população do município de Horizonte de 68.529 pessoas (IBGE, 2022), observou-se que os agentes comunitários obtiveram êxito em realizar todo o cadastro populacional com uma cobertura, inclusive, superior a 100%.

Com isto, em termos financeiros se observa, de janeiro de 2020 a maio de 2022, o incremento de R\$ 8.397.894,34 em recursos repassados fundo a fundo pelo

Ministério da Saúde ao município cujo a captação se dá sobremaneira pelo desempenho na realização do cadastro de usuários por parte dos ACS.

Gráfico 1 – Série histórica e tendência em média móvel da produção de cadastro domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde de Horizonte, Ceará.

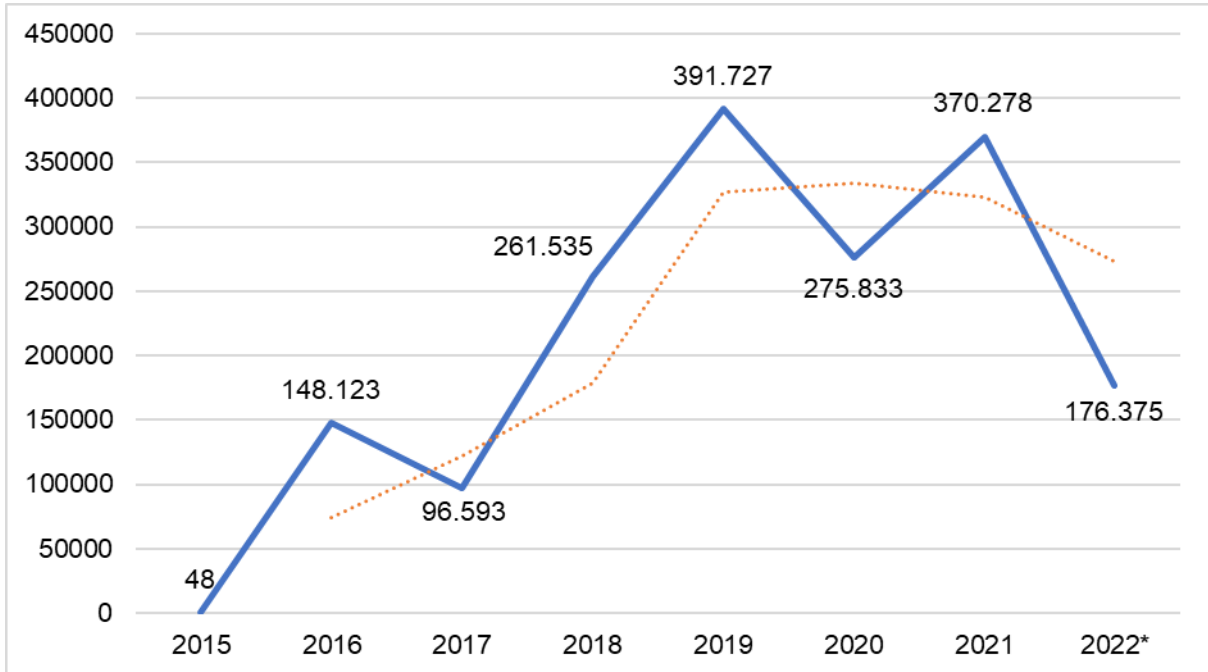


Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, acesso em 26 mai. 2022.

Isso demarca êxito no objetivo do curso de mudanças de práticas relacionais no trabalho, contribuindo para o incremento da organização dos processos de trabalho, uma vez que com a população cadastrada se consegue visualizar melhor a situação de saúde e necessidades epidemiológicas e sociodemográficas do território, contribuindo para orientar a ação pública em saúde na APS.

Já com relação à visita domiciliar, que consiste em um dos principais processos de trabalho da APS e constituiu um dos registros de produção dos ACS, observou-se também um considerável incremento logo após o desenvolvimento do curso, conforme se pode observar no Gráfico 2, abaixo.

Gráfico 2 – Série histórica e tendência em média móvel da produção de visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde de Horizonte, Ceará.



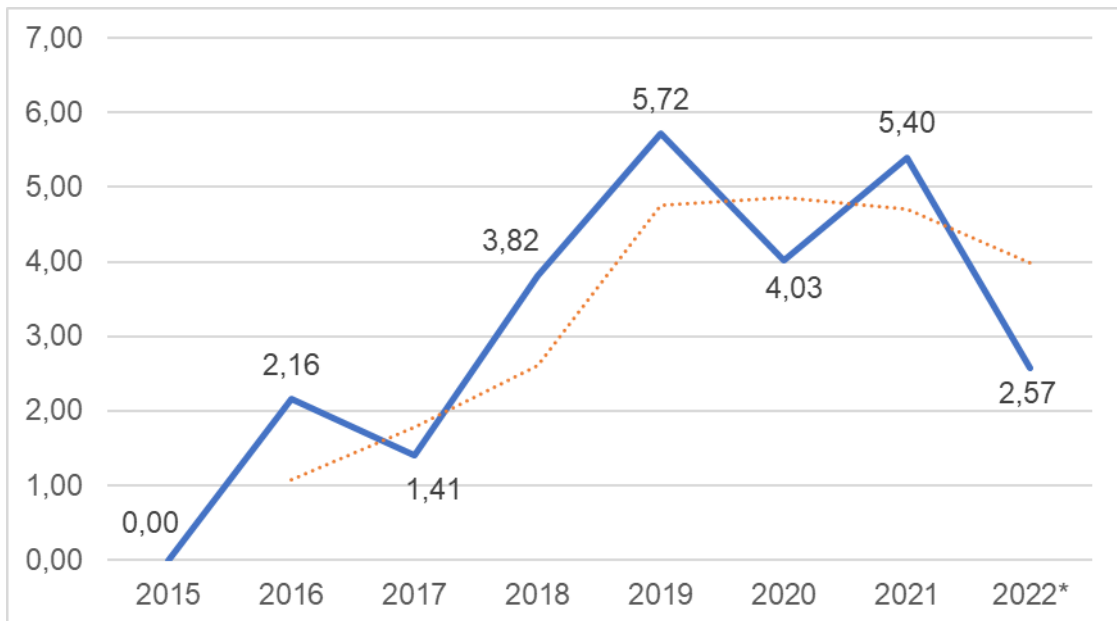
Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, acesso em 26 mai. 2022.

A média móvel na linha pontilhada demonstra tendência ascendente e estável, observando-se que em 2022 mesmo considerando-se somente os dados de produção até o mês de maio já se produziu mais do que em todos os anos anteriores ao curso e a média móvel continua estável.

Destaca-se o fato de que o curso contribuiu de maneira positiva como um agente potencializador de resultados, contudo, não de maneira isolada como causa e efeito, mas considerando um conjunto de múltiplos fatores que colaboraram, tais como a adesão do município e a formação técnica profissional, com a geração de resultados positivos.

Uma vez o cadastro contando com uma cobertura populacional de 100%, a realização de visitas domiciliares apresenta relevante desenvolvimento da organização do processo de trabalho, tendo em vista que considerando os números absolutos e a estimativa populacional e os parâmetros da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que preconiza que cada ACS deve ser responsável pelo acompanhamento de até 750 pessoas, se observa uma média crescente de visitas por ano, conforme se pode observar no Gráfico 3, a seguir.

Gráfico 3 – Média anual de visitas domiciliares de ACS no município de Horizonte, Ceará.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, acesso em 26 mai. 2022.

4.3.2 Fortalecimento de vínculos

Ainda em consonância com os objetivos da PNEPS na consolidação da mudança de práticas se encontra o fortalecimento de vínculos entre as equipes, o qual quando emerge do aperfeiçoamento dos processos de trabalho contribui para continuar o incremento dessas práticas com a equipe.

As narrativas de ACS participantes do curso e enfermeiras demonstram percepções neste sentido.

Assim como eu gosto muito dessa vivência, dessa parceria com o agente de saúde, eu também acho que essa é uma prática altamente favorável para os trabalhos que a gente desenvolve. Eles vinham com questionamentos mais fortes, questionamentos técnicos mesmo. A gente conversava com aquela parceria de dividir as coisas, eles vinham muito mais a mim, trazendo a demanda do território deles, com mais propriedade, com mais conhecimento. O nosso vínculo sempre foi muito bom, mas eu acho que o curso técnico abriu mais a mente do agente de saúde para esse olhar de parceria com seu enfermeiro e isso ficou muito forte sim (GES 2).

O nosso vínculo se tornou mais forte. Na própria pandemia eu precisei me afastar, porque sou cardíaca e todos os dias eles entravam em contato comigo para saber como eu estava. Engraçado que a gente cuida deles, mas eles também passaram a cuidar e se preocupar com a gente. Cada casa que eu chego eu informo que farei parte da família e a minha missão é ajudar nas questões de saúde, mas muitas vezes vai além, pois a gente desenvolve uma relação de respeito. Hoje eu sinto da minha comunidade gratidão ao meu trabalho e eu aprendi muito com o curso, me fortaleci muito e hoje eu consigo fazer melhor o meu trabalho (ACS 3).

O vínculo hoje é muito maior. Hoje o agente de saúde fica na área, mas ele tá muito presente dentro da unidade, porque ele sempre está compartilhando com a gente os problemas da área, estreitou muito os laços da gente durante o curso (ENF 4).

Eu acho que aproximou muito, eles têm mais liberdade para me acessar, se sentem mais à vontade para tirar as dúvidas, pra trazer as próprias ideias que eles têm (...). Com certeza melhorou muito o vínculo. Nos momentos em que a gente senta pra conversar sobre as questões da nossa área acho que hoje é mais de igual pra igual, não é apenas um momento que eu falo e eles escutam, eles interagem, é uma troca (ENF 3).

A partir dessas narrativas se emerge um conteúdo que constitui a educação permanente em saúde no contexto do curso como um agente de transformação de práticas institucionais no município de Horizonte, isto é que constitui a educação permanente como esse dispositivo que agencia a mobilização de saberes com o objetivo de promover o cuidado integral e a mudança das relações interpessoais entre as equipes (GAIST; SOUZA, 2022; FERREIRA et al., 2019).

Há uma notória percepção de fortalecimento de vínculos entre os profissionais compartilhada pelas enfermeiras, agentes comunitários de saúde e gestores entrevistados. Esse vínculo fortalecido oferece as condições de possibilidade para desdobrar a consolidação do processo de mudança de práticas com vistas à promoção do cuidado integral.

Esse vínculo, inclusive, não contribuiu somente para as relações interprofissionais, mas, também, ressoou na relação de trabalho empreendida com as famílias no cotidiano de trabalho.

Um ponto positivo é que eles criam os vínculos com as famílias muito mais rápido, tem família que chega e fala 'eu cheguei faz 15 semanas', quando eu passo pro agente de saúde é 'ah, eu já sei, estou sabendo é assim, assim, assim, vou fazer o cadastro'. Antes a gente pegava família que estava há dois meses na área e eles nem sabiam. Então eu acho que melhorou nessa questão de o vínculo ser bem mais rápido (ENF 1).

Eles reconhecem a gente, a gente tem mais facilidade de entrar e sair, de resolver os problemas das famílias e isso faz com que eles nos reconheçam (ACS 4).

A partir destes apontamentos, se observa a importância do ACS no cotidiano de trabalho na APS no sentido de imergir no território e transportar tecnologias relacionais e sociais diversas no âmbito

Processo de trabalho

A formação do agente de saúde me trouxe ferramentas que incrementaram e me ajudaram a abordar de uma maneira mais elaborada os usuários na comunidade, fortalecendo ainda mais o vínculo existente tanto entre profissional como também saúde da família, estratégia da saúde da família, até porque a formação possibilitou o uso dessas ferramentas com maior propriedade e organizar mais o trabalho do agente comunitário de saúde, possibilitaram ampliar o olhar tanto no contexto social tanto no contexto de saúde (ACS 3).

Ele passou a ver a problemática do território de forma diferenciada. Eles passaram a ver que a família não é só aquela que tem um probleminha, que elas vão resolver. Eles passaram a ver de forma mais técnica e ampliada, já tinham mais conhecimento, melhoraram os argumentos, já questionam mais, já orientam melhor as famílias, então eu posso dizer que aquela vivência no curso fez totalmente a diferença nesse vínculo com a comunidade, deixou de ser amadora. Eles começaram a trabalhar no território com as famílias mais fortemente, mas com conhecimento, antes era muito solto, muito distante da necessidade real das famílias e isso aumentou a confiança da população no seu agente de saúde (GES 2).

Esse curso trouxe esse olhar mais ampliado para a nossa formação e para o vínculo com a nossa comunidade (ACS 2).

Esse ponto anuncia a saúde da família como esse cenário de práticas e desenvolvimento de aprendizagem mediada pelas relações intersubjetivas do trabalho vivo, as quais materializam a intencionalidade clínica que fundamenta os processos de saúde, tendo a saúde da família, no âmbito da APS, lugar privilegiado para a intensificação dessas mudanças de práticas e transformações institucionais por meio da educação permanente em saúde.

Os trabalhadores em atividade atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde. Isto é possível porque há a constatação de que o trabalhador tenha sua atividade presidida por altos graus de liberdade, pois o seu principal atributo é justamente o auto-governo que exerce sobre seu próprio processo de trabalho, ainda mais no caso do trabalho em saúde que é sempre relacional, em ato, nos encontros (FRANCO; MERHY, 2012, p. 152).

A partir disto, se pode observar percepções sobre a experiência de trabalhadores no território enquanto agentes que operam e desdobram os objetivos de políticas públicas, convergindo a ação pública em saúde por meio da educação permanente.

Ressalta-se, ainda neste sentido, que a metodologia dialógica e reflexiva do curso contribuiu para este processo, conforme destaca uma gestora:

Eu percebi uma aproximação muito grande do grupo com seu enfermeiro, até porque primeiro ele que conduzia, alguns agentes de saúde colocaram a surpresa de ver aquele profissional enfermeiro na condução daqueles módulos, vindo um outro lado do profissional, que muitas vezes eles só viam um lado mecânico, iam para aquelas reuniões que eram só prestação de contas, alguma solicitação, uma reunião, essas coisas. Mas não naquele formato de condução de grupo, porque toda a metodologia era dialógica e reflexiva e esse enfermeiro puxando isso foi muito importante. Foram momentos especiais demais vividos e aproximou sim, vinculou mesmo, até aquela coisa da admiração do grupo diante daquele profissional enfermeiro que estava facilitando (GES 1).

Neste sentido, há uma inflexão relevante de emergência da figura da enfermeira como educadora, uma vez que na metodologia desenvolvida essas profissionais participavam atuando como facilitadoras auxiliando na condução dos grupos e oficinas no curso após serem capacitadas.

Achei muito interessante a capacitação da equipe docente, a gente foi bem capacitada, principalmente porque eram dinâmicas, conseguimos vivenciar o que acontece em área e assim a equipe nos treinava de modo que nos facilitava quando chegava em sala de aula repassar para os ACS. A gente vivenciava o que eles iriam vivenciar, então aprendemos a fazer sendo formadas exatamente da forma que faríamos. Eu não tinha experiência em sala da aula, então eu me sentia bem segura quando era capacitada, porque a gente utilizava o mesmo material deles e assim a gente tinha acesso e via como poderia ser trabalhado o assunto em sala de forma bem dinâmica, incentivando o diálogo (ENF 3).

É como se eu tivesse um pouquinho de cara de professora, eles sempre perguntam minha opinião em tudo. Então com certeza melhorou muito o vínculo (ENF 2).

Dessa forma, o vínculo profissional na mudança de relações interpessoais no âmbito da PNEPS se estabelece pelo elenco de compreensão dos atores como agentes desse processo de transformação, ao oferecer as condições de possibilidade para as profissionais enfermeiras no desenvolvimento de ações pedagógicas.

4.3.4 Avaliação por competências do CTACS

Ainda neste sentido pedagógico, o curso contou com o elenco de 14 competências que foram desenvolvidas com os conteúdos trabalhados, avaliando-se, ao final, a sua aquisição por parte dos participantes.

A seguir, se apresentam os resultados dessa avaliação por meio das respostas dos participantes desta pesquisa.

Quadro 5 – Média de Critérios por Avaliação por competências do CTACS.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
Utilização de instrumentos de registro, de coleta de dados sobre a situação de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.	100%	-
Realização de análise de situação de saúde de indivíduos, famílias e comunidade baseado nas informações de sua equipe.	100%	-
Utilização de indicadores de monitoramento e avaliação da situação de saúde de indivíduos, famílias e comunidade baseado nas informações de sua equipe.	100%	-

Atuação interdisciplinar em equipe.	100%	-
Articulação e realização de ações intersetoriais	100%	-
Relacionamento interpessoal eficaz.	100%	-
Promoção da participação comunitária para favorecer o controle social	75%	25%
Formação de vínculo com indivíduo, família e a comunidade	100%	-
Cuidado integral ao indivíduo, família e comunidade	75%	25%
Comunicação contextualizada técnico-culturalmente em relação aos usuários e a equipe	75%	25%
Aplicação de princípios éticos contextualizados aos problemas sócio-político junto a equipe, indivíduos, família e comunidade	75%	25%
Tomada de decisão a partir de levantamento, análise e resolução de problemas presentes no território e no serviço	75%	25%
Responsabilidade sanitária pelo território mediante utilização de indicadores de saúde	75%	25%
Desenvolver ações de promoção da saúde mediadas pela educação em saúde	75%	25%

Fonte: Elaborado pela autora com base em instrumento próprio.

Observando os dados até então apresentados e discutidos, vale fazer menção às competências de Utilização de instrumentos de registro, de coleta de dados sobre a situação de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade; Realização de análise de situação de saúde de indivíduos, famílias e comunidade baseado nas informações de sua equipe; Utilização de indicadores de monitoramento e avaliação da situação de saúde de indivíduos, famílias e comunidade baseado nas informações de sua equipe; Atuação interdisciplinar em equipe; Articulação e realização de ações intersetoriais; Relacionamento interpessoal eficaz; e Formação de vínculo com indivíduo, família e a comunidade, as quais, segundo os entrevistados, foram completamente desenvolvidas e adquiridas com o curso.

Essas competências materializam os resultados apresentados com a utilização de indicadores na análise e intervenção na situação de saúde, na formação de vínculos e na transformação das práticas por meio das relações interpessoais, coadunando com os objetivos da PNEPS e PNAB.

4.4 Síntese de Elementos de Análise

Inicialmente, se desvela um processo complexo de delineamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que advém de aspectos atinentes à formação social do Estado brasileiro em seus elementos

históricos que contingenciam o desenvolvimento da política nacional de saúde, materializada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Um marco regulatório dessa política que comporta conceitos de abordagens problematizadoras de educação e anuncia objetivos de incorporação de práticas educativas no sentido de constituição de estratégias para a reorientação dos processos de trabalho em saúde.

Um contexto de implementação envolto em torno da construção social sanitária de reformas em saúde ante a regimes autoritários de ordenamento social, por conseguinte particularmente inscrito no processo de redemocratização do país.

Uma trajetória institucional intimamente ligada ao agenciamento de entidades internacionais que se constituem no imperativo ético de desenvolvimento do setor saúde em países periféricos que comportam uma grande ação pública e que acompanha os processos de reordenamento político-institucional do executivo no regimento da política nacional de saúde.

Isto tudo balizado por princípios e diretrizes ordenadas pelo SUS. Neste sentido, há um elemento crucial acerca dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, sobretudo considerando o aspecto da integralidade, e que diz respeito a relação entre a educação e a saúde, que é a operacionalização da integralidade como eixo orientador da formação objetivando a mudança dos processos de trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2014).

Isto implica em que os processos formativos em saúde no âmbito do SUS se relacionam intrinsecamente com os processos de trabalho buscando uma objetividade da clínica no âmbito do Estado brasileiro, uma vez que se apontam elementos necessários para se discutir essa questão, a saber o ensino, a atenção, a gestão e o controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Neste sentido, para que as políticas públicas de saúde se efetivem se fazem necessários processos de implementação ancorados na formação e educação permanente em saúde.

Tendo em vista a primazia da Atenção Primária à Saúde (APS), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ganham notoriedade neste processo, por serem profissionais imersos no território e cotidiano de práticas em saúde, ampliando o escopo de atuação profissional em interlocução com os demais profissionais de nível superior na promoção e prevenção em saúde.

As informações analisadas até então dizem respeito ao delineamento de uma política pública que congrega elementos da educação para a transformação dos processos de trabalho e práticas institucionais em saúde. Para se proceder com essa interlocução, os estados e municípios operam estratégias no âmbito da ação pública, tais como cursos de formação profissional e técnica.

Nesta pesquisa, nos debruçamos sobre a experiência do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) em sua experiência no município de Horizonte.

Observamos, por meio da pesquisa realizada uma efetiva mudança nos processos de trabalho e nas práticas institucionais, com um verdadeiro incremento dos indicadores atinentes ao trabalho dos ACS no município, tendo em vista as visitas domiciliares e o cadastro de famílias terem sido exponenciados após o curso, o que, inclusive, impactou de maneira financeiramente positiva na política de saúde do município.

As narrativas dos ACS, usuários, profissionais enfermeiras e gestores corroboram esse acontecimento, na medida em que reconhecem e apontam a experiência do curso técnico como fundamental neste processo, incrementando e transformando suas práticas, ampliando o seu escopo de atuação, coadunando com os objetivos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Ademais, situam também como as competências desenvolvidas no curso contribuíram neste processo, tendo em vista que diversificaram as possibilidades de atuação e desenvolvimento do trabalho, além das relações pessoais, ativando um componente pedagógico de aprendizagem problematizadora com questões que emergem do próprio cotidiano de trabalho.

Assim, diante deste conjunto de dados e fontes de informação, observa-se um processo de efetivação da PNEPS no âmbito do território de Horizonte com uma experiência política de transformação de práticas por meio da educação permanente em saúde, incidindo na ordenação da ação pública em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde por meio do curso CTACS. Essas fontes de informação advindas da construção do conhecimento avaliativo, por fim, apontam para a potencialidade da educação permanente em saúde na constituição de mudanças de práticas institucionais do cuidado em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem sido implementada balizando-se pelas diretrizes formativas do SUS, configurando os cenários de prática e promoção da saúde como cenários de ensino e aprendizagem contínua em serviço com o envolvimento dos atores que constituem o SUS na transformação de práticas por meio do fortalecimento de vínculos sob uma perspectiva educadora.

Sua implementação envolve a atitude dos diversos entes federados que juntos coordenam o desenvolvimento de práticas que aprimorem o cotidiano de práticas em saúde, transformando os problemas e necessidades de saúde da população em oportunidades de aprendizagem.

O Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará surge neste contexto com o intuito de promover a formação continuada em saúde enquanto educação permanente, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família no âmbito dos municípios cearenses. Sua importância se expece ao se considerar o contexto de criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que se deu justamente em território cearense, sendo expandido como política pública em todo o território nacional ao ser incorporado no SUS no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

De tal forma, a implementação do curso constitui cenário fértil para avaliação da política nacional, desdobrando as diretrizes de educação permanente em saúde na transformação dos cenários de prática e na organização do processo de trabalho em saúde. Por meio da oportunidade de atuação como supervisora técnica do curso, atuando diretamente na sua implementação em municípios diversos, escolheu-se a experiência do município de Horizonte, na região metropolitana de Fortaleza, capital do Ceará.

A experiência de pesquisa demonstrou que a trajetória institucional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde implicou diretamente na mudança de práticas profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde, na medida em que oferece a condição de possibilidade institucional para o desenvolvimento de práticas exitosas de educação e transformação social do trabalho em saúde, por meio do envolvimento destes profissionais com a equipe de Saúde da Família, impactando diretamente na qualidade da atenção no município de Horizonte.

Ademais, melhorando consideravelmente a qualidade dos registros de informações no manuseio de instrumentos de gestão para o alcance de metas que anunciam custeio e investimento, o que é extremamente relevante em um cenário de contingenciamento federal de investimentos no SUS.

Além disso, mais do que os aspectos formais, a experiência de pesquisa da análise do curso demonstrou uma consolidação da mudança de práticas, ampliando o escopo de atuação e as ferramentas de intervenção de que dispunham os agentes comunitários naquele município. Bem como, consolidou o fortalecimento de vínculos com a interação contínua entre as equipes durante os processos de formação do curso, inclusive inaugurando um cenário da profissional enfermeira como educadora.

A pesquisa mostra que é notória a transformação das práticas e desses profissionais após o curso, reconhecendo e apontando sobre o desdobramento das diretrizes de educação permanente no seu cotidiano nos serviços por meio das práticas institucionais. Por fim, a experiências dos agentes comunitários que realizaram o curso apontam para um cenário de transformação e descobrimento de potencialidades, mesmo aqueles profissionais com bastante tempo de atuação experienciaram, durante o curso e em seu cotidiano do serviço e relação com a comunidade, a consolidação de mudanças positivas.

Todos estes são elementos corroborados pela gestão do município que coaduna com os demais profissionais na constituição de consensos avaliativos sobre o impacto nas tecnologias relacionais, na intervenção em saúde no território, na organização do processo de trabalho, no incremento do custeio e financiamento das ações em saúde e na transformação de práticas.

Dessa forma, anuncia, também, contribuição no campo da Avaliação, por meio da possibilidade de desdobramento da implementação de estratégia exitosa no âmbito da ação pública em saúde, desvelada na interlocução de perspectivas avaliativas contra-hegemônicas, que anunciam a constituição de subjetividades e alteridades na experiência avaliativa da política em tela.

Esse quadro, assim, aponta para a afirmação do SUS enquanto política pública de garantia de direitos, construção da democracia e da cidadania, inscrevendo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no incremento da clínica nos territórios, ampliando o escopo de atuação e instrumentalizando os profissionais envolvidos, bem como a gestão.

REFERÊNCIAS

- BOSI, M.L.M; MERCADO, F.J. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. (org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- BRASIL. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm. Acesso em: 16 jun. 2022.
- BRASIL. Não há espaço para o SUS democrático e constitucional nesse governo. **Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ**, 23 set. 2016. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/459>. Acesso em: 16 jun. 2022.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2022.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.
- BRASIL. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 16 jun. 2022.
- LOBOSQUE, A.M. Seminário Saúde Mental: A Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes à formação em Saúde Mental. (org.). **Caderno Saúde Mental Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 67- 90.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 783-836.
- ARAÚJO, M. F. M; ALMEIDA, M. I; SANTO, E. M. J. **PORTFOLIO: Trabalhando com o método de oficinas**. Fortaleza: Programa Editorial do Núcleo de Integração pela Vida, 2003.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da Qualidade ou Avaliação Qualitativa do Cuidado em Saúde? **Revista de Saúde Pública**. v. 41, n. 1, p. 150-3, 2007.

Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/FHBMvwwVpMKyPCkcxSqdqbP/?format=pdf&lang=pt>.
 Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 18 jun. 2022.

CARVALHO, A. M. P.; GUERRA, E. C. O Brasil no século XXI nos circuitos da crise do capital: o modelo brasileiro de ajuste no foco da crítica. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 41-60, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3864/2009>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. v.9, n.16, p.61-177, 2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

CRUZ, D. M. Enfoques contra-hegemônicos e pesquisa qualitativa: desafios da avaliação em profundidade em políticas públicas. **AVAL Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 15, p. 160-173, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/49615>. Acesso em: 16 jun. 2021.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensinoaprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004. Disponível em: Acesso em: 10 jun. 2022.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

DONADUZZI, D. S. S. *et al.* Educação permanente em saúde como dispositivo para transformação das práticas em saúde na Atenção Básica. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 5, e12010514648, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/14648/13231/192342>. Acesso em: 14 jul. 2022.

FALSARELLA, A. M. O lugar da pesquisa qualitativa na avaliação de políticas e programas sociais. **Avaliação**: Revista da Avaliação da Educação Superior, Campinas, v. 20, n. 3, p. 703-715, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/yVQPfPsjW8zLB3HqK3DrBhD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>. Acesso em: 16 jul. 2022.

FURTADO, C. **Formação econômica do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GAIST, L.; SOUZA, A. E. Transformação das práticas em saúde na Atenção Básica: a educação permanente como instrumento dialógico, humanizador e emancipatório. **Rev. Ilustração**, Cruz Alta, v. 3, n. 1, p. 41-50, 2022. Disponível em: <https://journal.editorailustracao.com.br/index.php/ilustracao/article/download/89/62>. Acesso em: 15 jul. 2022.

GASPARINI, M. F. V. Bases filosóficas e epistemológicas da avaliação: caminhos a serem trilhados. **AVAL – Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 3, n.17, p. 13-31, 2020. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/aval/article/view/60287/161879>. Acesso em: 16 jun. 2022.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 575-625.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

GUSSI, A. F.; OLIVEIRA, B. R. Discutindo paradigmas contra-hegemônicos de avaliação de políticas públicas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DO CAMPO DE PÚBLICAS – I ENEPCP. 1., Sessões livres, volume 1, 2015. Brasília: DF. **Anais [...]**. Brasília: DF, 2015. p.1-25. Disponível em: https://www.anepcp.org.br/acp/anaisenepcp/20161128173253_sl_alcides_fernando_gussi.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 791-825, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/FjGygQWgtwp3m7BKkD6ZnRr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pBPtJ4CVFGtSjYKPbnbyzD/?lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2022.

HARZHEIM, E. *et al.* **Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(4), p. 1361–1374, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqrbGPVd3vjDDbQ67WygLdQ/?lang=pt#>. Acesso em 14 jul. 2022.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 2, p. 375-386, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YWJ7XPqXpmNXNFtBtMbr8Sm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, **Estimativas da população residente com data de referência 11 de julho de 2022**. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/POP2021_2022_0711.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022.

KNECHTEL, M. R. **Metodologia da pesquisa em educação**: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba, PR: Intersaberes, 2014.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR FILHO, I. C. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades em saúde. **Sanare**, Sobral, v. 5, n. 1, p. 121-128, 2004. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130/122>. Acesso em: 16 jun. 2022.

MEIRELLES, M. C. P.; HYPOLITO, A. M.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados. **J Nurs Health**, Pelotas, v. 2, n. 1, p. 63-74, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3457>. Acesso em: 16 jun. 2022.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqrbGPVd3vjDDbQ67WygLdQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OMS). **Relatório 30 anos de SUS: que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49663>. Acesso em: 08 jun. 2022.

PADILLA, M.; PINTO, I. C. M.; NUNES, T. C. M. Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS: que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018. p. 139-158. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49663>. Acesso em: 08 jun. 2022.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINTO, H. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 23-65.

PRIOTTO, E. P. **Dinâmicas de grupo para adolescentes.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 7-15, 2008. Disponível em: <http://www.avalrevista.ufc.br/index.php/revistaaval/article/view/3/3>. Acesso em: 17 jun. 2022.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/M8wbmsrM8J7j7vWGdq6Q7yx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto, v. 31, p. 59-80. 2016. Disponível em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/14275.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

SILVA E SILVA, M. O. **Pesquisa Avaliativa: aspectos teórico-metodológicos.** São Paulo: Veras, 2008.

SILVA, K. L. et al. Análise dos discursos referentes à Educação Permanente em Saúde no Brasil (1970 a 2005). **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-18, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/0102-6909-tes-17-2-e0019222.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SOBRINHO, J. D. Avaliação ética e política em função a educação como direito público ou como mercadoria? **Educ. Soc., Campinas**, v. 25, n. 88, p. 703-725, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/mmDFy9Sk6vHzq7R4hJxWKNk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde é desenvolvimento. **Carta Capital**, 22 nov. 2012. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/saude/saude-e-desenvolvimento>. Acesso em: 16 jun. 2022.

TINÔCO, D. S.; SOUZA, L. M.; OLIVEIRA, A. B. Avaliação de políticas públicas: modelos tradicional e pluralista. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 15, n. 2, p. 305-313, 2011. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/847/869>. Acesso em: 16 jun. 2022.

um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 16 jun. 2022.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Implantação da política nacional de educação permanente em saúde no estado do ceará: um estudo de avaliabilidade. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17225>. Acesso em: 16 jun. 2022.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 14 jul. 2022.

WETZEL, C. *et al.* Avaliação de Quarta Geração no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. *In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE*, 6., 2017, p. 185-190. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1208/1169>. Acesso em: 16 jun. 2022.

APÉNDICES

APÊNDICE A – EIXO 1 – MUDANÇA NAS PRÁTICAS DOS ACS E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS COM A ENFERMAGEM E A COMUNIDADE

ROTEIRO 1

1. Quais mudanças observamos na prática dos ACS a partir da formação? Cite exemplos.
2. De que forma o curso contribuiu para fortalecimento do vínculo e mudança na relação entre ACS e enfermagem? Cite situações que indica alguma mudança neste sentido.
3. De que forma o curso contribuiu para fortalecimento do vínculo dos ACS com as famílias e/ou lideranças comunitárias? Cite situações que indica alguma mudança neste sentido.

Painel de Avaliação

Mudança das Práticas do ACS	Fortalecimento do Vínculo	
	Enfermagem-ACS	ACS-comunidade

APÊNDICE B – EIXO 2 – GESTÃO DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

ROTEIRO 2 – ENFERMEIRAS E GESTÃO

1. A ESP assumiu as seguintes responsabilidades gerenciais para a efetivação dos objetivos do curso segundo o modelo de EPS.
 - A. Capacitação da equipe docente
 - Em que aspectos a capacitação docente mais se adequou aos objetivos do curso?
 - Em que aspectos a capacitação docente menos se adequou aos objetivos do curso?
 - B. Disponibilização de material pedagógico (quantidade, qualidade de impressão e formatação, disponibilidade em tempo hábil)
 - Em que aspectos o material pedagógico mais se adequou aos objetivos do curso?
 - Em que aspectos o material pedagógico menos se adequou aos objetivos do curso?
 - C. Proposta de organização da carga horária do curso adequada ao serviço;
 - Em que aspectos a organização da carga horária mais se adequou aos objetivos do curso?
 - Em que aspectos a organização da carga horária menos se adequou aos objetivos do curso?
 - D. Disponibilização de bolsa para facilitadores
 - Até que ponto a disponibilização de bolsas envolveu os facilitadores com o curso?

Como Avalia?

Capacitação docente		Material Pedagógico		Organização da Carga Horária		Disponibilização de bolsas
Mais	Menos	Mais	Menos	Mais	Menos	Até que ponto

MARQUE SIM E NÃO para cada categoria abaixo:

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO				Nenhum	Pouco	Em parte	Totalmente
Conteúdos ministrados							
(1)	Adequados	às	necessidades	de			

aprendizagens				
(2) Articulados a prática na atenção primária				
(3) Atualizados				
(4) Temas adequados na profundidade necessária ao público alvo				
Metodologia adotada				
(1) Facilitaram a aprendizagem				
(2) Instigaram a participação e o diálogo				
(3) Motivaram o interesse pelo curso				
(4) Fortaleceu os vínculos				
Facilitadores CTACS – Facilitador ESP				
(1) Comprometidos com o curso				
(2) Motivaram para aprendizagem				
(3) Apresentaram domínio do tema				
(4) Didática boa				
(5) Primou pela qualidade do curso para cumprir temas				
Material didático utilizado				
(1) Atualizados				
(2) Possuíam linguagem clara de fácil compreensão				
(3) Boa apresentação visual				
(4) Foram úteis para prática				
Distribuição de tema de acordo com a carga horária dos cursos				
(1) Adequada				
(2) Distribuição adequada de horas/aula entre teoria e prática				
Local de realização do curso				
(1) Infraestrutura Adequada				
(2) Disponibilizaram equipamentos de apoio				
(3) Disponibilizaram recursos didáticos				
(4) Disponibilizaram Biblioteca				

Marque SIM OU NÃO nas COMPETÊNCIAS relacionadas com a sua prática na Estratégia Saúde da Família que foram ADQUIRIDAS a partir da formação recebida pelo ACS

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
Utilização de instrumentos de registro, de coleta de dados sobre a situação de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.		
Realização de análise de situação de saúde de indivíduos, famílias e comunidade baseado nas informações de sua equipe.		
Utilização de indicadores de monitoramento e avaliação da situação de saúde de indivíduos, famílias e comunidade baseado nas informações de sua equipe.		
Atuação interdisciplinar em equipe.		
Articulação e realização de ações intersetoriais		
Relacionamento interpessoal eficaz.		
Promoção da participação comunitária para favorecer o controle social		
Formação de vínculo com indivíduo, família e a comunidade		
Cuidado integral ao indivíduo, família e comunidade		
Comunicação contextualizada técnico-culturalmente em relação aos usuários e a equipe.		
Aplicação de princípios éticos contextualizados aos problemas sócio-político		

junto a equipe, indivíduos, família e comunidade.		
Tomada de decisão a partir de levantamento, análise e resolução de problemas presentes no território e no serviço.		
Responsabilidade sanitária pelo território mediante utilização de indicadores de saúde		
Desenvolver ações de promoção da saúde mediadas pela educação em saúde		

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título: Avaliação da Política de Nacional de Educação Permanente em Saúde como ferramenta de formação para agentes comunitários de saúde pela escola de saúde pública do Ceará, que será realizada pela Mestranda Camila Mascarenhas Moreira, sob orientação do prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero. Essa pesquisa tem como objetivo geral: avaliar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como ferramenta de formação para Agentes Comunitários de Saúde a partir da proposta do CTACS. A sua participação na referida pesquisa se dará através de entrevistas, bem como, através do envolvimento nas atividades que serão desenvolvidas, tais como: reuniões, trabalhos em grupo e oficinas, caso o cenário epidemiológico permita. Nessas atividades serão utilizadas técnicas de interação grupal que possibilitem a interação dos participantes entre si e destes com a pesquisadora, permitindo reflexões e contribuições coletivas ao refletir sobre as ações da política de educação permanente em saúde como ferramenta de formação para agentes comunitários de saúde. Neste sentido, solicito sua colaboração em participar da pesquisa. As informações obtidas serão mantidas em sigilo e não haverá divulgação personalizada das informações, ou seja, sua identidade não será revelada. Sua participação é voluntária e você poderá se recusar a participar do estudo aceitar ou não o uso do gravador, participar do registro de fotos ou não e desistir em qualquer momento, ou retirar seu consentimento sem trazer nenhum prejuízo ou penalidade no serviço que trabalha. Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará com suas informações, pois serão repassadas aos gestores e aos profissionais, trazendo momentos de reflexão. Isto não trará dano para sua saúde, nem mesmo risco de receber advertência por ter participado ou não. Sua participação contribuirá para aperfeiçoar a Política de Educação Permanente no que diz respeito ao processo de formação dos profissionais da Saúde da Família. Sua participação ficará no anonimato, não sendo em nenhum momento revelado qualquer informação que o identifique na pesquisa. Os riscos em relação a esta pesquisa poderá ser algum tipo de incômodo em compartilhar as informações pessoais, mas tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador que fornecerá cuidado integral ao participante. Você não receberá remuneração pela participação. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento, retirar dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento com a discente do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas. Camila Mascarenhas Moreira (85) 99779-6889/ e-mail: enfacamila.moreira@outlook.com.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFC que funciona na Fortaleza-CE, telefone, (85) 3366-9734, com endereço: Av. Mister Hull, 2977 - Bloco 873 - Campus do Pici. Se

necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Horizonte, ____ de _____ 2021.

Assinatura do participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA



TERMO DE ANUÊNCIA DE PESQUISA CIENTÍFICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE HORIZONTE – CE

Pelo presente instrumento, a Secretaria Municipal de Saúde de HORIZONTE - CE, vem dar consentimento para a realização da pesquisa científica intitulada, “AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE FORMAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ”. Esta pesquisa compõe parte do trabalho final da dissertação do mestrado que será apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (MAPP/UFC). Tem como pesquisadora a Enfermeira Camila Mascarenhas Moreira, aluna do MAPP/UFC, sob a orientação do Prof. Dr. Julio Alfredo Racchumi Romero, professor permanente do MAPP/UFC.

A pesquisa demandará acesso a documentos, informações e servidores relacionados com o desenvolvimento da operacionalização do Curso Técnico em Agentes Comunitários de Saúde, mediante utilização de métodos e técnicas distintos (entrevistas individuais estruturadas, semiestruturadas e análise documental).

A Secretaria Municipal de Saúde de Horizonte – CE assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados.

Horizonte, 17 de agosto de 2021.

Lúcia Amaro de Araújo Gondim Feitosa
Secretária Municipal de Saúde