

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

SUELY SILVA BONFIM AMORIM

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA OS
ACS DO MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA - PE**

**RECIFE
2012**

SUELY SILVA BONFIM AMORIM

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE PARA OS ACS DO MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA-PE**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A524p Amorim, Suely Silva Bonfim.

Projeto de Implantação de um Plano de Educação Permanente em Saúde para os ACS do Município de Itaquitanga - PE. / Suely Silva Bonfim Amorim. - Recife: 2012.

39 p.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Agentes Comunitários. 2. Educação Permanente. 3. Saúde. I. Albuquerque, Paulette Cavalcante de. II. Título.

CDU 614.39

SUELY SILVA BONFIM AMORIM

**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE UM PLANO DE EDUCACAO PERMANENTE
EM SAÚDE PARA OS ACS DO MUNICÍPIO DE ITAQUITINGA-PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
CPqAM/Fiocruz/PE

Prof^a Fabiana Oliveira Silva Sousa
SMS Camaragibe

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente, pela minha existência, e por todo o amor e cuidados a mim dispensados em todos os momentos da minha vida. Por estar ao meu lado durante toda a minha caminhada e por ter me dado forças para alcançar meus objetivos.

Aos meus filhos Pedro e Gabriel ao meu marido Epaminondas por terem acreditado em mim sempre e suportaram minha ausência em busca do conhecimento.

A todos os meus familiares que participaram e torceram pela concretização deste meu sonho em especial a Painho e Mainha que são meu bem maior.

A minha querida turma de trabalho Patrícia Tatiana, Andrezza Priori, Inêz Tenório, Gorete, Fabiana, Ricardo, Keyla, Angélica, Gladys, Carol que em muito contribuíram para realização desse sonho.

À orientadora Paulette pela amizade, sugestão e orientação valiosas, dedicadas e competentes a este projeto, sobretudo por ter acreditado em mim desde o início, sempre empenhada na construção de novas perspectivas.

Aos professores do Curso de Gestores de Serviços e Sistemas de Saúde turma Nordeste pela brilhante dedicação que preparavam as aulas e fizeram abrir nossos olhos para uma nova maneira de fazer gestão.

Em especial agradeço a Semente e Nancy pela agradável convivência diária e paciência que despensaram a nós durante nossa caminhada na Fio Cruz.

A Secretaria de Saúde de Itaquitinga e ao meu Prefeito Geovani Oliveira que me liberou para realizar este curso e acrescentar mais conhecimentos.

Ainda, os meus agradecimentos aquele que contribuíram de forma direta ou indiretamente, para realização deste estudo.

Muito Obrigado a todos vocês!

Aprender é descobrir aquilo que você já sabe. Fazer é demonstrar que você sabe.
Ensinar é lembrar aos outros que eles sabem tanto quanto você. Vocês são todos
aprendizes, fazedores, professores.

Richard Bach

AMORIM, Suely Silva, Bonfim. **Projeto de Implantação de Um Plano de Educação Permanente Em Saúde para os ACS do Município De Itaquitinga - PE.** 2012. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

O trabalho consiste em um projeto de intervenção a ser desenvolvido no Município de Itaquitinga. Nesse município, assim como em outros estados ocorreram investimentos para capacitar os agentes de saúde com atribuições e competências, no intuito de qualificar os mesmos para lidarem com as situações adversas na comunidade. Porém, apesar desse investimento, os agentes atualmente não contam com nenhum projeto que os capacite de maneira integrada e continuada. Dessa forma, pretende-se com esse projeto criar um programa interventivo de Educação Permanente para ACS de Itaquitinga onde eles possam adaptar os seus conhecimentos com processos de aprendizagem mais interativos e integral, tornando os mesmos profissionais críticos e atuantes na comunidade na qual realizam o seu trabalho. A idealização da Educação Permanente em Saúde seria então uma estratégia de recomposição das práticas de formação, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares, importantes para garantir à população um atendimento de qualidade e registrar uma política de valorização do profissional. Um projeto voltado para a Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde justifica-se na medida em que busca fortalecer serviços públicos de qualidade e enfatiza a importância de identificar as demandas que são postas, conforme os determinantes sociais. Entretanto, implantar uma proposta voltada para essa necessidade, não é uma tarefa simples. Pode esbarrar em inúmeras questões que obscurecem o reconhecimento do projeto ético-político e os ideários do movimento sanitário. Portanto, cabe a este projeto de intervenção ultrapassar as limitações que são postas, reconhecendo o projeto ético-político, como o exercício desencadeador de ações que contemplem e integrem os cidadãos, numa relação com o Estado, em que se tenha a expansão dos direitos e a emancipação política dos cidadãos.

Palavras Chaves: Agentes Comunitários de Saúde; Educação Permanente; Saúde.

AMORIM, Suely Silva, Bonfim. **A Project Implementation Plan for Permanent Education in Health for the City Of ACS Itaquitinga – PE.** 2012. Monograph (Specialization in Management Systems and Services Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

The work consists of an intervention project to be developed in the city of Itaquitinga. In this municipality, as well as in other states occurred investments to empower health workers with powers, in order to qualify them to deal with adverse situations in the community. However, despite this investment, the agents currently do not have any project that enables an integrated and continuous. Thus, the aim with this project is to create a program of continuing education for interventional ACS Itaquitinga where they can adapt their knowledge with the learning process more interactive and comprehensive, making them critical and professionals working in the community in which they carry out their work. The idealization of Continuing Education in Health would then be a recomposition strategy of training practices, establishing intersectoral actions and regular officers, the people important to ensure quality care and register a policy of valuing the professional. A project for the Continuing Education of Community Health Workers is justified to the extent that seeks to strengthen quality public services and emphasizes the importance of identifying the demands that are put as social determinants. However, deploying a proposal focused on this need, is not a simple task. You can run into numerous issues that obscure the recognition of the ethical-political ideals and the sanitation movement. So it is up to this intervention project to overcome the limitations that are put, recognizing the ethical-political project, as the exercise triggering actions to address and incorporate citizens in a relationship with the State, where it has been the expansion of rights and political emancipation of citizens.

Keywords: Community Health Workers, Continuing Education, Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral.....	13
2.2	Objetivos Específicos.....	13
3	REFERENCIALTEÓRICO	14
3.1	Considerações sobre a necessidade da educação no mundo atual	14
3.2	Histórico da Política de Saúde no Brasil.....	15
3.3	A Educação Permanente para o Agente de Comunitário de Saúde.....	20
4	Elaborando o Plano de Educação Permanente para os ACS	25
4.1	Identificação dos Principais Problemas da Atuação dos ACS e Escolha da Prioridade para Intervenção.....	25
4.2	Ações para o Enfrentamento dos Problemas.....	28
4.2.1	<i>A Formação dos Facilitadores</i>	28
4.2.2	<i>O Curso</i>	29
4.2.3	<i>O Processo de Monitoramento</i>	30
4.3	Diretrizes.....	31
4.4	Metas.....	31
4.5	Estratégias.....	31
4.5.1	<i>Articular com a Equipe de Saúde</i>	31
4.5.2	<i>Identificar a proposta do PAREPS Regional da Il geres no tocante ao município de Itaquitinga para viabilizar recursos e efetivar a capacitação</i>	32
5	CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO	33
6	ORÇAMENTO DETALHADO	34
6.1	Orçamento de Despesas- 1ª Fase.....	34
6.2	Orçamento de Despesas- 2ªFase.....	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O município de Itaquitinga está localizado na mesorregião Mata e na Microrregião Mata Setentrional do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Condado, a sul com Igarassu, a leste com Goiana e a oeste com Tracunhaém e Nazaré da Mata.

A área municipal ocupa 103 km² e representa 0,12% do Estado de Pernambuco. A sede do município tem uma altitude aproximada de 88,0 metros e coordenadas geográficas 7 graus, 40 minutos 04 segundos de latitude sul e 35 graus 06 minutos 06 segundos de longitude oeste, distando 66,7 km da capital, cujo acesso é feito pela rodovia pavimentada BR 408 e PE 005.

O município foi criado em 20 de dezembro de 1963, pela Lei Estadual Nº 4.962 tendo sido desmembrado de Goiana, sendo formado pelo distrito Sede e pelo povoado de Chã de Sapé.

De acordo com o censo 2010 do IBGE, a população residente total é de 15.692 habitantes sendo 12.065 (76,86%) na zona urbana e 3.633 (23,14%) na zona rural. Os habitantes do sexo masculino totalizam 7.885 (50,23%), enquanto que do feminino totalizam 7.813 (49,77%), resultando numa densidade demográfica de 151,73 hab/km².

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH é de 0,587. Este índice situa o município em 138º no ranking estadual e em 4878º no nacional.

A rede de saúde se compõe de 01(uma) Unidade Mista Municipal, 01 (uma) Unidade Ambulatorial. Desde 2001, adota o Estratégia Saúde da Família – PSF como estratégia de organização dos serviços de saúde. Possui 06 (seis) Unidades Saúde da Família – USF, sendo (04 (quatro) localizadas na zona urbana e 02 (duas) na zona rural). As equipes são compostas de médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. Em 03 (três) USF há equipe de saúde bucal, com odontólogos e atendentes de consultório dentário, especificamente nas localidades Chã de Areias, Centro e Chã de Sapé.

Os problemas de saúde e seus determinantes sociais, ao longo dos anos, vêm exigindo um olhar mais apurado dos gestores em relação às ações de saúde voltadas para a comunidade. As intervenções nas questões de saúde, através das políticas de saúde foram iniciadas quando o Estado começa a temer que algumas doenças, se alastrassem na população, em especial aos trabalhadores urbanos, que

na venda da sua mão de obra geravam o acúmulo de riquezas da burguesia. Na estratégia de manutenção dessas camadas, o Estado inicia sua intervenção através das políticas sociais (VASCONCELOS, 1997).

É neste contexto que é criado o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Os agentes comunitários atuam em determinado município com atribuições e competências que visam identificar as demandas na saúde e interagir com a comunidade e os serviços de saúde, na perspectiva da resolução dos problemas (BRASIL, 1997).

A criação desse programa modificou a estrutura da gestão de políticas públicas voltadas para a saúde, porém a formação desses agentes tem sido um ponto crítico para a efetiva implementação da ação. Tem se feito uma grande discussão já que, na prática, os ACS tem dificuldade para lidar com as diversas situações encontradas por eles na comunidade de forma efetiva, bem como tem sido difícil motivá-los para o desempenho de suas atividades (BRASIL, 2007).

Entende-se também que a velocidade com que, atualmente, os conhecimentos e saberes vêm se renovando na área da saúde, exige dos profissionais uma aprendizagem individual e coletiva. Dessa forma, percebe-se que a educação permanente é essencial à formação dos Agentes Comunitários de Saúde e na incorporação de concepções teórico-metodológicas que possibilitem repensar o processo de trabalho.

Diante disso, questiona-se: quais os processos educativos que são necessários para os ACS atuarem de acordo com o plano municipal de saúde do município de Itaquitinga?

Nesse sentido, o presente projeto problematiza e propõe alternativas de como inserir no contexto de formação dos ACS, a idéia de Educação Permanente. A criação de programas que atualizem os saberes desses agentes e os motivem a relacionarem-se melhor com comunidade e com os todos os profissionais da saúde. Na tentativa de reintegrar o agente ao seu campo de trabalho, os gestores podem elaborar de maneira autônoma intervenções educativas buscando impulsionar os agentes a buscarem conhecimentos.

A idealização da Educação Permanente em Saúde seria então uma estratégia de recomposição das práticas de formação, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares, importantes para garantir à população um atendimento de qualidade e registrar uma política de valorização do profissional (BRAVO, 2009).

Um projeto voltado para a Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde justifica-se na medida em que busca fortalecer serviços públicos de qualidade e enfatiza a importância de identificar as demandas que são postas, conforme os determinantes sociais.

Entretanto, implantar uma proposta voltada para essa necessidade, não é uma tarefa simples. Pode esbarrar em inúmeras questões que obscurecem o reconhecimento do projeto ético-político e os ideários do movimento sanitarista. Portanto, cabe a este projeto de intervenção ultrapassar as limitações que são postas, reconhecendo o projeto ético-político, como o exercício desencadeador de ações que contemplem e integrem os cidadãos, numa relação com o Estado, em que se tenha a expansão dos direitos e a emancipação política dos cidadãos (BRASIL, 2007).

Pretende-se com esse projeto desenvolver no município a capacidade de executar a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, tornando-os profissionais motivados, atuantes e críticos de maneira integral da comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um Plano de Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde do município de Itaquitinga-PE.

2.2Objetivos Específicos

- a) Revisar os conceitos de Educação Permanente, discutindo sua importância para as transformações qualitativas da gestão de saúde;
- b) Identificar os principais problemas na atuação dos ACS, bem como as lacunas de conhecimentos e atitudes que os explicam;
- c) Descrever ações educativas que irão compor o Plano de Educação Permanente em Saúde, traçando diretrizes, metas, estratégias de implantação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Considerações sobre a necessidade da educação no mundo atual

A educação é uma palavra originária do latim “educere”, (extrair, tirar, desenvolver). Consiste, essencialmente, na formação do ser humano de caráter. É um processo vital para qual concorrem forças naturais e espirituais, conjugadas pela ação consciente do educador e pela vontade livre do educando (BRANDÃO, 1989).

Morin (2002) concebe a educação como um fenômeno social universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda sociedade.

Complementando essa afirmação de Morin, referencio Freire (2001, p.28), quando menciona que “o homem deve ser sujeito de sua própria educação, não pode ser objeto dela”, portanto, a educação implica busca contínua do homem, como um ser ativo na construção do seu saber, devendo recusar as posições passivas. Nesse sentido, o homem responsabiliza-se por sua educação, procurando meios que o levem ao crescimento e aperfeiçoamento de sua capacidade.

Ainda, cabe citar o conceito de educação proposto por Saupe (1998, p.68):

[...] a educação é caracterizada como produção, incorporação, reelaboração, aplicação de testagem de conhecimentos e tecnologias, através de um processo multidimensional de confronto de perspectivas e prioridades, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais, negociando entre as partes envolvidas no ensino e aprendizagem, promovendo a cooperação, a solidariedade, a troca, a superação da realidade existente, para construção da realidade almejada, possível ou utópica. Os espaços de interação desta educação incluem a vida cotidiana, a educação formal e informal, o preparo para o trabalho, a organização e controle social, a cultura e o lazer.

Assim, durante o processo de vida de cada indivíduo há um aprendizado contínuo dos vários saberes, que auxilia na criação e constituição de novos saberes, através do processo de produção de crenças e idéias, envolvidas com as trocas de símbolos, bens, poderes, que conjuntamente constroem a sociedade.

Quando se fala em educação em saúde, na maioria das vezes, as pessoas pensam em cuidados pessoais que objetivam evitar doenças, parecendo que a saúde em si se revela em um problema individual podendo ser resolvido apenas pela educação das pessoas. Atenta-se que, nessa vertente, a educação em saúde

seria vista como uma maneira de se obter mudança de algumas características individuais como a falta de higiene, alimentação copiosa, enfim, a não obediência aos cuidados preventivos importantes e necessários para a promoção em saúde (LIMA, 1996).

Para Lima (1996) outra ideia vinculada é que a educação em saúde seja apenas uma responsabilidade dos profissionais de saúde aos quais cabe levar a informação correta para que estes indivíduos alterem seus estilos de vida para serem mais saudáveis. Destaca ainda, que ao longo do tempo, a educação em saúde trouxe em sua prática uma maior influência das ações médicas, focalizada apenas na parte doente se esquecendo a ideia que o indivíduo é um todo. Ao contrário, precisa ser entendida na perspectiva da integração entre ciência social e ciências da saúde, envolvendo profissionais com formações distintas, num trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo.

Pereira (2003), ressalta que educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania.

3.2 Histórico da Política de Saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 define: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). O SUS, instituído no contexto da Seguridade Social, fixa como seus princípios fundamentais, a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral, destacando, além de outros, a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2003).

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, veio regulamentar, em todo o território nacional, as ações e serviços do SUS, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de Direito público ou privado, fundamentando o direito do estado e do cidadão no sistema (BRASIL, 1990a).

Os Conselhos Municipais de Saúde, criados a partir da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, efetivaram a participação popular, definindo sua responsabilidade e contribuição para o sistema, através de avaliações e propostas, apontando as diretrizes para a formulação da política de saúde, garantindo assim a transparência no SUS (BRASIL, 1990b).

De acordo com Teixeira et al., (1998), o processo de construção do SUS tem sido marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado.

Evans e Stoddart (1996 apud HORTALE et al.,1999) relatam que as três últimas décadas foram marcadas por discussões sobre os determinantes sociais da saúde e os aspectos relacionados ao custo e reformas nos sistemas. Nos países centrais os questionamentos da relação serviços-saúde são baseados em três constatações: primeiro, tornar-se-ia cada vez mais patente a importância de fatores externos (renda familiar, escolaridade, hábitos de vida, local de trabalho etc.) dos grupos populacionais na determinação da saúde; segundo, uma análise mais rigorosa mostraria que as práticas médicas não estão tão estreitamente ligadas a um conhecimento científico como pode parecer. Em outras palavras, as expectativas sociais (e seus recursos) depositadas nos serviços de saúde estariam superdimensionadas, levando-se em conta o retorno real que elas podem dar. Por último, existiria uma grande distância entre a compreensão atual dos determinantes de saúde e as prioridades definidas para os serviços pelas políticas de saúde. Esta separação entre teoria e prática poderia ser decorrência da persistência na utilização de quadros de referência ou modelos incompletos ou obsoletos de conceituação dos determinantes de saúde para a concepção dessas políticas.

Segundo Muñoz et al., (2000), nas Américas, a reforma do setor saúde nas questões estruturais, financeiras e organizacionais dos sistemas de saúde deram subsídios na prestação de serviços às pessoas, enquanto na saúde pública, não houve o apoio necessário para a sua infra-estrutura e modernização para execução do seu exercício, passando pela necessidade de uma reintrodução na agenda de saúde, buscando a operacionalização de suas funções essenciais.

A concepção tradicional de saúde, pautada no modelo médico-assistencial, fez com que o setor saúde ficasse impotente em face dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social (WALTNER-TOEWS, 2000). Dessa forma, vem se fortalecendo a idéia das ações de promoção da saúde, orientadas para as ações coletivas e intersetoriais, independentemente do sistema de atenção à saúde. A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Segundo Teixeira et al., (1998), o modelo de saúde centrado na doença gerou uma crise financeira no sistema, exigindo o estabelecimento de novas estratégias que resgatem o paradigma da saúde centrada na qualidade de vida das comunidades, de forma participativa, integrada e criativa, dependendo apenas, e fundamentalmente, da decisão política das autoridades locais, como demonstrado em alguns exemplos brasileiros.

Dever (1988 apud HORTALE et al.,1999) já observava a necessidade de ampliação do modelo clássico de saúde, que desse maior ênfase aos fatores ambientais e redução da importância dos agentes infecciosos, a partir de mudanças dos padrões dos estudos epidemiológicos. Essa aceitação de ampliação no meio médico e de planejamento sofre alterações muito lentamente, uma vez que são influenciadas pela hipótese da “causa única/efeito único”.

Mesmo com os avanços dos últimos 20 anos do SUS, a saúde ainda padece de problemas de organização, gerenciamento e operação, requisitando uma nova forma de processo de trabalho e de estrutura gerencial, de modo a enfrentar as desigualdades e injustiças sociais em saúde (GONDIM; MONKEN, 2008).

Segundo Brasil (2006b), internacionalmente o SUS é reconhecido positivamente pela implementação do Programa Nacional de Imunização, pelas ações de atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e pelo atendimento de Atenção Básica. Todavia, ao longo do tempo ocorreram muitos avanços e os desafios a superar se tornaram constantes, sendo necessárias mudanças que atenda novas demandas. Ainda de acordo com Brasil (2006b), esse modelo de saúde parece ter sido esgotado pelas dificuldades de normatização que supram as necessidades de um país tão grande e desigual, e pela fixação de conteúdos e detalhamentos técnicos complexos.

No ano 2006, os gestores do SUS, na perspectiva de superar as dificuldades percebidas, assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, seguindo os princípios constitucionais do SUS, especificamente através do Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, que juntos buscam articular e integrar prioridades entre esses três componentes do sistema (BRASIL, 2006b).

A saúde, que deveria ser vista como um direito do cidadão que contribui por meio de impostos, infelizmente é tratada, como uma mercadoria semelhante a tantas outras relações de consumo. Em média, de 35 a 40 milhões de brasileiros possuem formas alternativas ao SUS. Para atender às necessidades de saúde, muitos desses participam de planos de saúde, cooperativas médicas e seguro saúde, já que o SUS é falho no compromisso de suas ações para com as demandas (SERRATA, 2009).

Quando o cidadão procura assistência à saúde, ele quer encontrar uma instituição com profissionais que estejam preparados para atendê-lo de tal forma que venham a compreender a fragilidade de sua doença. Mas o que se percebe é uma equipe, que nem sempre é uma verdadeira equipe instituída com essa função, pois está movida por interesses individuais e por condutas autoritárias (RIOS, 2009).

Sob a égide do neoliberalismo, durante o governo de Fernando Collor de Mello, é criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, baseado na experiência bem sucedida dos agentes de saúde do Ceará (DURÃO et al., 2009). Posteriormente, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família – PSF, inserindo o Agente Comunitário de Saúde – ACS em uma equipe composta minimamente por médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Esses programas “têm em comum a figura do ACS como elemento inovador no quadro funcional, sobre o qual recai expectativa de mediação e facilitação do trabalho de atenção básica em saúde”. (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009, p. 194).

Em 1997, o Programa de Agentes Comunitário de Saúde e o Programa Saúde da Família passam por uma reconfiguração e, integrados, transformam-se na Estratégia Saúde da família – ESF (Portaria MS/ nº 1.886 /1997), considerada o eixo estruturante da atenção básica preconizada pelo SUS. Como principal estratégia de reformulação da atenção à saúde no Brasil, tem como objetivo a reorganização da prática assistencial, substituindo o modelo orientado para a cura de doenças e hospitalizações. A atenção tem como foco a família, a partir do seu contexto físico e

social, em que as intervenções são voltadas para a prevenção e promoção da saúde, o que significa ir além de práticas curativas (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009). As equipes são compostas minimamente por médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2006).

Para ser ACS, inicialmente, bastava ler, escrever, conhecer e residir na comunidade. Para tanto, eles passavam por um treinamento em geral, de uma semana, chamado “treinamento introdutório” realizado habitualmente, pelo enfermeiro da equipe; e, durante o trabalho, passavam por outros treinamentos específicos. A Portaria MS nº 1886, de 18 de Dezembro de 1997, aprovou as Normas e Diretrizes do PACS e do PSF e estabeleceram às atribuições dos ACS, e o Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999, fixou as diretrizes para o exercício de suas atividades:

Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), “desenvolver atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente” (Art. 1º do Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999).

Segundo Durão et al., (2009, p. 230), a criação do trabalho do ACS esteve intimamente relacionada às populações pobres. O programa, em suas experiências iniciais, teve como marca essa situação “marginalizada” da população atendida e com a qual esse novo profissional deveria se identificar. Também esteve ligada à força de trabalho das mulheres. É que “as habilidades vistas como próprias da socialização feminina são comumente tomadas como inerente aos sujeitos e, nesse sentido, circunscritas ao campo do trabalho simples e sem qualquer reconhecimento social”. Contrapondo-se a esta idéia, verifica-se um movimento de resistência por parte dos ACS a essa percepção do trabalho. Para isso, empreendem um processo de organização e de lutas no propósito de construção da identidade profissional e de reconhecimento. Essa vinculação à população em situação de pobreza pode ser vista como reflexos da política de saúde no Brasil que historicamente tem separado os que podem dos que não podem pagar por esses serviços. Durão et al., esclarecem que:

Apresentados como solução para os problemas de saúde da comunidade, os ACS pouco podem fazer no sentido de resolver as muitas queixas relacionadas com questões

estruturais do contexto social. Resta, portanto, aos ACS, em muitos casos, se inserirem e se legitimarem tanto nos serviços de saúde quanto na vida da comunidade a partir da repetição sem muita crítica do receituário de vida saudável prescrito por médicos e sanitaristas (2009, p. 237).

O potencial dos ACS é ressaltado na efetivação do cuidado, da acessibilidade e da integralidade, considerados elementos fundamentais ao desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil. Isto porque a dupla atuação como morador e profissional pode possibilitar a criação de vínculos com a comunidade (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009).

3.3 A Educação Permanente para o Agente de Comunitário de Saúde

A Educação Permanente em Saúde, no caso do Brasil em particular, relaciona-se com os movimentos de mudança na atenção à saúde, a mais ampla intimidade cultural e analítica com a doutrina de Paulo Freire; nos movimentos de mudanças na gestão setorial, verifica-se certa autonomia intelectual e uma forte ligação com o movimento institucionalista e nos movimentos de mudanças na educação de profissionais de saúde, percebe-se uma intensa originalidade na produção.

A partir desse reconhecimento nacional, desde 2001, Ceccim, juntamente com Laura Feuerwerker (2004) tem trabalhado a noção de Quadrilátero da Formação, num esforço intelectual, político e institucional. Essa contribuição com o conceito de quadrilátero tem possibilitado o debate e a compreensão sobre a participação dos vários segmentos do SUS no processo de educação permanente em saúde:

O que deve ser realmente central à Educação Permanente é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, auto-gestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005, p.162).

Ceccim (2005), analisa ainda que a Educação Permanente em Saúde de corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica com vistas às

mudanças institucionais; pode corresponder a Educação Continuada quando relacionada à construção de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviços:

A Educação Permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A Educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e ensinar se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e sejam estruturadas a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. (BRASIL, 2004, p.9).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), implantada pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 e reformulada pela portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007, considerando diversas portarias anteriores prospecta uma proposta educativa que está destinada à aprendizagem no trabalho, onde “aprender e ensinar se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Assim, esta proposta pode ser entendida como “aprendizagem-trabalho”, pois, “acontece a partir do cotidiano das pessoas e das organizações, portanto, parte dos problemas enfrentados na realidade, e dos conhecimentos e experiências dos sujeitos” (BRASIL, 2007).

O processo educativo dos servidores da saúde parte da problematização do processo de trabalho, considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento sejam pautadas pelos objetivos da melhoria da qualidade de vida da população. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, para melhor atender aos princípios do SUS (ALVES; AERTS, 2001).

Em dezembro de 2009, a Escola de Saúde Pública iniciou o processo de implantação da CIES (Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço) na II Gerência Regional de Saúde- Limoeiro-PE e após esta, em março de 2010, realizou-se o I Seminário Regional para Estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde, pensando a integralidade como o eixo norteador, trabalhando o

desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras (SÁ, 2012).

Após a composição e homologação da CIES, iniciou-se construção do PAREPS (Plano da Ação Regional de Educação Permanente em Saúde), objetivando a concretização das metas, sendo algo em que se operem processos significativos, a partir da realidade como ela se apresenta no cenário local e capaz de organizar as práticas para que esta produção seja possível (PAREPS, 2010).

O processo se deu a partir de discussões e experiências vivenciadas por um conjunto de atores que compõem a II Regional de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Controle Social e o Apoio Institucional. Foi realizado um levantamento inicial de necessidades e estratégias de saúde, norteado pelo Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PAREPS, 2010).

O PAREPS da II Regional atende poucas necessidades de formação dos ACS. Dessa forma, atualmente, se discute muito sobre ações que implementem Programas de Educação Permanente para Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (PAREPS, 2010).

Percebe-se que muitos ACS desconhecem as suas próprias atribuições e competências de integrar-se enquanto membro de uma equipe de saúde. Pelas normas ministeriais, o ACS deve ser escolhido na comunidade e não é exigido dele nenhuma qualificação prévia (BRASIL, 1997).

Contudo, o Agente Comunitário deve estar preparado para dar orientações sobre as mais variadas doenças, formas de transmissão, tratamento, além de desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos. Todavia, existem elementos que advertem para o fato de existirem “referências que indicam que a falta de saberes sistematizados para o polo mais político e de assistência social acaba fazendo com que o ACS trabalhe mais com o senso comum e com a religião”. Assim, esta proposta pode ser entendida como “aprendizagem-trabalho”, pois, “acontece a partir do cotidiano das pessoas e das organizações, portanto, parte dos problemas enfrentados na realidade, e dos conhecimentos e experiências dos sujeitos” (ROSSETO; SILVA, 2010).

Para compreendermos o processo de Educação Permanente aplicadas aos ACS, é preciso levar em consideração as exigências atuais em relação às pessoas e suas funções de trabalho. As pessoas são portadoras de habilidades, capacidades, conhecimentos, motivação de trabalho e comunicabilidade.

A educação permanente surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta 'saber' ou 'fazer', é preciso 'saber fazer', interagindo e intervindo, e essa formação deve ter como características: a autonomia e a capacidade de aprender constantemente, de relacionar teoria e prática e vice-versa. Ainda, conforme Morin (1990), ela refere-se à inseparabilidade do conhecimento e da ação.

A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto-aprimoramento, direcionado-o à busca da competência pessoal, profissional e social, como uma meta a ser seguida por toda a sua vida. A diversidade de informações, bem como a ampla gama de necessidades de conhecimento nas mais diversas áreas, leva à constatação de que seria tarefa quase impossível para a educação formal garantir uma adequada formação ao sujeito (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉRIER, 2007).

Então, a educação permanente é um compromisso pessoal a ser aprendido, conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio, com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social. A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. É, portanto, intrínseca, uma capacidade a ser desenvolvida, uma competência. É o aprender constante em todas as relações do sujeito (PASCHOAL, 2004).

Atualmente, o Ministério da Saúde possui uma Política de Educação Permanente em Saúde, num contexto que visa à transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde, conforme Ribeiro e Motta (1996). Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

Ao tomar como objeto de modificação e de investigação o processo de trabalho, a educação permanente em saúde não procura converter todos os problemas em problemas educacionais, mas sim buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dessas questões identificadas na vida cotidiana dos serviços (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Assim sendo, a educação permanente merece mais atenção dos profissionais, devido às exigências em preparar-se para as rápidas mudanças no mundo, conciliando as necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional com as da instituição e as da sociedade.

Ao compreender que a educação permanente conduz o sujeito ao autoaprimoramento como meta a ser seguida por toda a sua vida, vale ressaltar o entendimento do sujeito no contexto da complexidade de Morin (2003), que o percebe como sendo aquele capaz de se auto-organizar e estabelecer relações com o outro, transformando-se continuamente. É nessa relação de alteridade que ele encontra autotranscendência, superando-se, interferindo e modificando o seu meio numa “auto-eco-organização”, a partir de sua dimensão ética, que não é imposta cultural ou universalmente, mas reflete as escolhas, percepções, os valores e ideais, de cada sujeito.

Assim, a educação permanente leva à busca pela competência, pelo conhecimento e pela atualização, que são fatores essenciais para garantir a sobrevivência tanto do profissional quanto da própria profissão. Desenvolve-se, portanto, através de ações educativas orientadas ao aprimoramento do trabalho dos agentes deste processo – os trabalhadores de saúde – no cumprimento das finalidades dos serviços numa perspectiva transformadora (RICALDONI; SENA, 2006).

As secretarias municipais e suas coordenações de atenção básica, responsáveis pelos agentes comunitários de saúde, tem dentre suas atribuições a implementação desta Política de Educação Permanente no nível do município, identificando problemas, lacunas de conhecimentos e atitudes e promovendo ações educativas para sua superação. Este Projeto de Intervenção vem no sentido de desenvolver esta atribuição, no município de Itaquitanga, Pernambuco.

4 ELABORANDO O PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS ACS

4.1 Identificação do Principal Problema na Atuação de Saúde e Escolha da Prioridade para Intervenção

O principal problema encontrado no município é o crescente número de hipertensos e diabéticos, dados extraídos do Sistema de Informação da Atenção básica – SIAB e, com este trabalho, pretende-se minimizar os riscos causados por esta doença e prevenir conseqüências mais graves nesta população.

O ACS é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à saúde e a comunidade.

No município de Itaquitinga, atualmente 38 agentes comunitários de saúde estão em atuação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com ações de promoção e vigilância em saúde.

O Ministério da Saúde reconhece que o processo de qualificação dos agentes deve ser permanente. Nesse sentido, implantaremos o Núcleo de Educação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde do nosso município (BRASIL, 2004).

Há queixas de pacientes, sobre o manejo clínico inadequado. Seria necessário, ainda estimular a forma assistencial multidisciplinar para alcançar com ações estratégicas individuais e coletivas não apenas a prevenção das complicações decorrentes destas patologias, mas também a promoção da saúde e prevenção primária para a família destes pacientes.

Os 38 ACS cobrem praticamente 100% da população do município. Acompanham em média 1600 hipertensos e 340 diabéticos por mês, conforme tabela abaixo:

Tabela 1 – Número de pacientes com Diabetes Cadastrados, Diabetes Acompanhados, Hipertensos Cadastrados e Hipertensos Acompanhados em 2011 - Itaquitinga-PE.

Mês	Diabetes Cadastr.	Diabetes Acompan.	Hipert. Cadastr.	Hipert Acompan.
Jan.	359	343	1652	1460
Fev.	320	305	1733	1580
Mar.	368	299	1742	1638
Abr.	334	324	1770	1717
Mai.	328	317	1722	1624

Jun.	345	322	1753	1627
Jul.	347	336	1815	1695
Ago.	336	313	1740	1614
Set.	340	323	1714	1582
Out.	352	329	1767	1559
Nov.	362	347	1753	1691
Dez.	358	346	1800	1613
Total	4.149	3.904 (94%)	20.961	19.400 (92%)

Fonte: SIAB 2011

Observando a tabela 1 verifica-se que dos 4.149 pacientes com diabetes cadastrados em 2011 nas USF's 3.904 (94%) foram acompanhados pelos agentes de saúde e dos 20.961 pacientes hipertensos cadastrados em 2011 nas USF's 19.400 (92%) foram acompanhados pelos agentes de saúde.

O encontrado revela que, apesar da maioria dos pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados terem sido acompanhados pelas Unidades de Saúde da Família, não se pode deixar de considerar que uma parcela significativa deixou de ter sido acompanhado e conseqüentemente ter realizado o tratamento necessário.

Sendo necessária a intensificação na captação desses pacientes pelas unidades de saúde, a fim de garantir tempo hábil para possíveis intervenções, garantindo qualidade de vida para os mesmos. Essa captação pode ser realizada em especial pelo agente de saúde, em suas visitas domiciliares mensalmente, orientando esses pacientes sobre a importância do acompanhamento do seu estado de saúde pela enfermeira e pelo médico.

Tabela 2 – Número de pacientes com Diabetes Cadastrados, Diabetes Acompanhados, Hipertensos Cadastrados e Hipertensos Acompanhados no período de Jan- Mai/2012 Itaquitinga-PE.

Mês	Diabetes Cadast.	Diabetes Acompan.	Hipert. Cadastr.	Hipert .Acompan.
Jan.	493	342	1863	1627
Fev.	377	352	1771	1678
Mar.	457	371	1841	1716
Abr.	377	366	1894	1818
Mai.	369	354	1893	1791
Total	2.073	1.785 (86%)	9.262	8.630 (83%)

Fonte: SIAB 2012

Analisando-se a tabela 2 verifica-se que dos 2.073 pacientes com diabetes cadastrados nos cinco primeiros meses de 2012 nas USF's apenas 1.785 (86%)

foram acompanhados pelos agentes de saúde e dos 9.262 pacientes hipertensos cadastrados nas USF's apenas 8.630 (83%) foram acompanhados pelos agentes de saúde.

O encontrado revela que, apesar da maioria dos pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados terem sido acompanhados pelas Unidades de Saúde da Família, deve ser considerado e discutido o porque de uma parcela significativa deixou de ser acompanhado e conseqüentemente ter realizado o tratamento necessário. Apresentando inclusive uma quantidade maior de pacientes não acompanhados do que no ano de 2011.

Sendo necessária com muito mais urgência a intensificação na captação desses pacientes pelas unidades de saúde, para não piorar ainda mais, a fim de garantir tempo hábil para possíveis intervenções, garantindo qualidade de vida para os mesmos. Essa captação pode ser realizada em especial pelo agente de saúde, em suas visitas domiciliares mensalmente, orientando esses pacientes sobre a importância do acompanhamento do seu estado de saúde pela enfermeira e pelo médico.

Tabela 3 – Atendimento de Hiper. Arter., AVC e Infarto no período de Jan/2011 - Fev/2012 por Ano/Mês em Itaquitinga – PE.

Ano/Mês	Atend.Hiper.Arter.	AVC	Infarto
Janeiro/2011	331	2	-
Fevereiro/2011	345	1	-
Março/2011	295	1	-
Abril/2011	278	-	-
Mai/2011	517	-	-
Junho/2011	388	-	-
Julho/2011	374	-	1
Agosto/2011	502	3	1
Setembro/2011	446	1	2
Outubro/2011	274	1	2
Novembro/2011	658	-	-
Dezembro/2011	465	3	1
Total	4.873	12	7
Janeiro/2012	594	-	1
Fevereiro/2012	653	3	-
Total Geral	6.120	15 (0,2%)	8 (0,1%)

Fonte: SIAB 2011 e 2012

Observando a tabela 3 verifica-se que dos 6.120 de atendimento de Hipertensão Arterial em 2011 e nos dois primeiros meses de 2012 nas USF's 15 (0,2%) foram atendimentos de Acidente Vascular Cerebral e 8 (0,1%) foram atendimentos de Infarto nas Unidades de Saúde.

Esses dados mostram um alto quantitativo de usuários que foram atendidos com hipertensão arterial. O que nos faz pensar que as USF's tem uma cobertura de 100% e esta captando praticamente todos os pacientes hipertensos do município e por outro lado as mesmas unidades parece não estarem atuando de forma muito satisfatória, uma vez que se esses mesmo pacientes fossem bem orientados não teríamos um número tão alto de hipertensos.

Para tentar minimizar essa deficiência é necessário que os agentes de saúde sejam melhores orientados para que no atendimento a população aumente o cuidado com esses pacientes e os conscientize dos cuidados que eles devem tomar além de serem acompanhados pelo médico e enfermeira da sua USF's, para que não venham a piorar seu quadro de saúde.

4.2. Ações para o Enfrentamento do Problema

Para enfrentar o problema escolhido – acompanhamento precário dos portadores de hipertensão e diabetes do município de Itaquitinga pelos agentes comunitários de saúde – definiu-se a execução de um curso de formação em “Atenção Integral aos Portadores de HAS e DM, para os ACS”, acompanhado de um processo de monitoramento das ações desenvolvidas após o curso.

Como o município carece de profissionais capacitados em educação permanente, é necessária uma ação anterior ao curso, com o objetivo de formar os facilitadores que irão conduzir o processo.

4.2.1 A Formação dos Facilitadores

Serão capacitados como facilitadores 02 enfermeiras e 01 técnico de recursos humanos em saúde. A Secretaria de Saúde do município de Itaquitinga, através de seu representante na CIES, apresentará este projeto de intervenção, solicitando a capacitação dos profissionais para serem facilitadores, através da ESSPE.

Os profissionais serão capacitados pela ESSPE, com carga de 80 h, através de processo formativo denominado como “Atualização Pedagógica”, oferecido regularmente.

4.2.2 O Curso

Ementa: O SUS e a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família, O Trabalho do ACS, Processo saúde doença; Promoção da Saúde e Prevenção de doenças e agravos; A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus na população de Itaquianga: como acompanhar e como prevenir. Papel do ACS no acompanhamento e promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos.

Público: 38 Agentes Comunitários de Saúde

Carga horária: 240 horas, em oficinas de 8 horas semanais durante 3 semanas, no ano de 2013.

- MÓDULOS

1. Resgatando os conhecimentos sobre o SUS e a Atenção Básica: 16 h.
2. A Estratégia de Saúde da Família e o trabalho do ACS: 16h.
3. Processo saúde-doença e formas de promoção e prevenção: 16 h.
4. CONHECENDO A HAS E DM
 - 4.1. Teoria sobre a HAS e DM: 16 h
 - 4.2. PREENCHIMENTO DA FICHA B de HAS e DM: 16 h.
 - 4.3. Trabalho de campo: Identificação dos hipertensos e diabéticos da área de cada ACS: 16 h.
5. CLASSIFICANDO OS HAS e DM DE ACORDO COM OS RISCOS: 16 h.
6. ACOMPANHANDO O HAS e DM :
 - 6.1. AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO; 38h.
 - 6.2. PLANEJANDO O ACOMPANHAMENTO DOS HAS E DM de cada ACS no ano de 2013: 16 h.
 - 6.3. Educação em Saúde com grupos: 16 h.
 - 6.4. Monitorando o acompanhamento dos ACS: 28 h. em reuniões semanais durante 7 semanas

Local: Para desenvolver o curso, serão utilizadas salas de aulas da Escola Municipal Serafim Pessoa de Melo, pois a mesma oferece uma estrutura para este fim.

Operacionalização: Os participantes serão divididos em dois grupos a turma “A” será composta por 20 ACS e a Turma “B” será composta por 18 ACS, sendo cada turma dividida através de sorteio. Cada uma das enfermeiras ficará responsável por uma turma e a técnica de Recursos Humanos dará suporte às duas turmas.

Metodologia: referenciada na Educação Permanente, buscará através de problemas concretos vividos pelos próprios ACS, discutir os temas propostos. Será baseada na aprendizagem significativa, incorporando situações do cotidiano e buscando modificar o processo de trabalho das equipes.

Avaliação: Para avaliar o aproveitamento individual dos Agentes Comunitários da Saúde, foram propostos 5 (cinco) itens a serem observados no decorrer do curso: Pontualidade, Iniciativa, Interesse, Interação com o grupo e Criatividade. Cada item tem valor máximo de 04 pontos por item ao dia, sendo que a somatória final de cada item é de 40 pontos. Cada ACS deverá elaborar um Plano de Acompanhamento de seus usuários com HAS e DM, que será avaliado e monitorado pelos facilitadores.

Certificação: Serão conferidos certificados a todos os ACS que executarem suas atividades no decorrer do curso e participarem de 80% das aulas teóricas e práticas.

4.2.3 O Processo de Monitoramento

O monitoramento será realizado a partir das competências do agente comunitário da saúde e das atividades pactuadas em sala de aula, através de reuniões semanais com as suas respectivas equipes, bem como pelo acompanhamento da realização de atividades como:

Visita domiciliar;

Planejamento das ações em saúde;

Promoção da saúde;

Prevenção e monitoramento dos grupos específicos;

Prevenção e monitoramento das doenças mais prevalentes;

Acompanhamento e avaliação as ações de saúde

4.3 Diretrizes

- ✓ Promover a integralidade das ações baseada nos princípios do SUS, visando melhoramento na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.
- ✓ Integrar o Plano de EPS do município de Itaquitinga ao PAREPS Regional e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

4.4 Metas

- ✓ Formar 02 enfermeiras e 01 técnica do Setor de Recurso Humano em Educação Permanente para atuar como facilitadores da formação dos ACS;
- ✓ Formar os 38 Agentes Comunitários de Saúde do Município em Atenção Integral ao portador de Hipertensão e Diabetes.
- ✓ Monitorar mensalmente o processo de trabalho dos ACS junto aos portadores de hipertensão e diabetes através dos indicadores do PMA2 (SIAB).

4.5 Estratégias

4.5.1 Articular com a equipe de saúde

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do ACS precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde.

Diante das contradições presentes na política da saúde, historicamente, neste país, o trabalho coletivo é uma força a ser considerada, para a superação de obstáculos e o enfrentamento dos muitos desafios que se colocam em todas as áreas dessa política.

Esse trabalho coletivo entende-se como aquele resultante de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e suas ações junto às populações, no sentido de construir novas relações e novas práticas sociais de saúde.

4.5.2 Identificar a proposta do PAREPS Regional da II Geres no tocante ao município de Itaquitinga para viabilizar recursos e efetivar a capacitação

Será apresentada a presente proposta à CIES da II GERES, onde será discutida e argumentada a importância da implantação deste projeto e a necessidade de financiamento do mesmo com os recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Será solicitada assessoria à própria CIES para as adequações que se fizerem necessárias à implantação do projeto.

5 CRONOGRAMA DE INTERVENÇÃO

2012 / 2013													
ATIVIDADES	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
Reuniões com entidade do Governo para apresentar proposta.	X												
Apresentação do projeto de capacitação em Educação Permanente à CIES.	X												
Busca de recursos financeiros para viabilizar a capacitação.	X												
Capacitação dos Enfermeiros e Recursos Humanos como facilitadores na ESSPE		X											
Elaboração do cronograma didático para os Enfermeiros facilitadores			X										
Iniciação do Grupo de ACS nos conhecimentos gerais do atendimento à comunidade					X	X	X	X	X		X	X	X
Acompanhar o perfil dos Hipertensos e Diabéticos no Município				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação das ações					X	X	X	X	X		X	X	X

6 ORÇAMENTO DETALHADO

6.1 Orçamento de Despesas - 1ª Fase – Formação dos Facilitadores

Descrição	Quantidade Dia	Valor Unitário	Total
Lanches	60	2,50	158,00
Refeições	60	100,00	3.600,00
Cópias Reprográficas	100	0,20	20,00
Canetas	15	1,00	10,00
Crachás de Identificação	03	0,50	1,50
Água Mineral Copo	30	1,00	30,00
Locomoção/Facilitadores Itaquitinga/Recife ida e volta	02	100,00	200,00
Locomoção/Facilitadores/ Hotel/ESSPE	20	3,00	60,00
Diárias	10	150,00	1.500,00
Total Geral			5.579,50

Fonte: Autora, 2012

6.2 Orçamento de Despesas – 2ª Fase – Curso de Formação dos ACS em HAS e DM

Descrição	Quantid.	Valor Unitário	12 meses	Total
Lanches	41	2,50	328	820,00
Refeição	41	15,00	328	4.920,00
Papel	20 resmas	18,00	20	360,00
Xerox	1.000	0,20	1000	200,00
Canetas	200	0,75	200	150,00
Pincel quadro branco	50	2,50	50	125,00
Crachás	100	0,50	100	50,00
Água Mineral	8	4,50	8	36,00
Água Mineral copo	24	0,70	24	18,80.
Copos descartáveis	2	1,70	2	3,40
Total Geral				6.683,20

Fonte: Autora, 2012

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde na família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2001.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, out./dez. 2011.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação?** São Paulo: Brasiliense, 1989.

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 05 de outubro de 1988. 32ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília: ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/leis/lei%208142_1990.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Brasília, 1997. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso em: 11 de jun. 2011

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Federal nº 3.189/04 de outubro de 1999**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/992-399?q=>>. Acesso em: 11 junho de 2011.

BRASIL. Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS). **Princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRAVO, M. I. de S. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo. Cortez, 2009.

BORGES, C. F.; ABRUNHOSA, M. A.; MACHADO, F. R. de S. Cuidado, acessibilidade e integralidade: elementos fundamentais para pensar a saúde e o trabalho dos ACS. In: MONKEM, M.; DANTAS, A. V. **Estudos de politecnia e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/EPSJV, v. 4, 2009.

BORNSTEIN, V. J; MATTA, G. C.; DAVID, H. O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em Saúde. In: MONKEN, M.; DANTAS, A. V. **Estudos de Politecnia e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, v. 4. p.194, 2009.

CECCIM, R. M. B. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. São Paulo: **Interface Comunic. Saúde Educ.** v.9, n. 16, p. 161-77, set.2004 / fev, 2005.

CECCIM, R. M. B; FEUERWERKER, L. M. C. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS**, v. 14, n. 1, p 41-65. Rio de Janeiro, jan / jun, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 01 de agosto de 2012.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Índice de Desenvolvimento Humano – IDH**. Brasília, 2011. Disponível em <http://www.cnm.org.br.dado_geral/mumain.asp>. Acessado em: 03 de julho de 2012.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988.

DURÃO, A. V. et al. Analisando o processo de qualificação do agente Comunitário de Saúde (ACS). In: Monken, M.; Dantas, A. V. **Estudos de Politecnia e Saúde**. v. 4. p. 230-237 Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p.28, 2001.

GONDIM, G. M. M; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 392-399.

HORTALE, V. A; CONILL, E. M; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 15, n. 1, p. 79-88, jan./mar. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**. Itaquitinga, 2011. Disponível em <<http://www.ibge.gov/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 15 de maio de 2011.

LIMA, M. A. D. S. Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. v.17, n.2, p. 87-91, jul.1996.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 21, n. 3, p. 898-906, maio./jun. 2005.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: UNESCO/Cortez, 2002.

MORIN, E. La Méthode (t.3), **La Connaissance de la connaissance**. Seuil: Edição de bolso. Coleção Points, 1990.

MUÑOZ, F. et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. Washington. v. 8, n. 1/2, 2000.

SINEIDE, M. et al. **Plano Regional de Educação Permanente em Saúde da II Regional de Saúde - PAREPS**. Limoeiro, 2010.

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. 2004. 104f. (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Curitiba, 2004.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉRIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, 2007.

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Difusão, 2003.

RIBEIRO, E. C. O; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. In: **Divulgação de saúde para Debate**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Londrina: n. 12, p. 39-44, jul. 1996.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosangêla de. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2006, v.14, n.6, pp. 837-842, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000600002&script=sci_abstract&tlng=>. Acesso em: 07 agosto dfe 2012.

ROSSETTO, M; SILVA, L. Ações de Educação Permanente Desenvolvidas para os Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enfermagem**. América do Norte, 15 dez. 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20376/13546>>. Acesso em: 07 Agosto de 2012.

SÁ, D. A. Educação em saúde: algumas reflexões para estimular o diálogo sempre necessário. **Série Reflexões 3**. COSEMS-PE, 2012. Disponível em: <http://cosems-pe.blogspot.com.br/2012/11/serie-reflexoes-3.html>>. Acesso em: 07 agosto de 2012.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SAUPE, R. **Educação em enfermagem**: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1998.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S; VILASBOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília. v. 7, n. 2, p. 7-28, abr/jun. 1998.

WALTNER-TOEWS, D. **The end of medicine: the beginning of health**. Futures, Guilford, v. 32, n. 1, p. 655-667, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17s0/3878.pdf>>. Acesso em: 19 de julho de 2012.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.