

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

WÊSLLEY NATAM MARTINS ALMEIDA

**INTEGRAÇÃO ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E DE
COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) NAS AÇÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CAMARAGIBE – PE**

RECIFE

2019

**INTEGRAÇÃO ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E DE
COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) NAS AÇÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CAMARAGIBE – PE**

Projeto de Intervenção apresentado ao I Curso de Especialização em Educação na Saúde, com Ênfase na Formação de Preceptores de Residências Multiprofissionais em Saúde do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Educação na Saúde.

Orientador: Ms. Luisa Macedo Cavalcante

Recife

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- A447i Almeida, Wêslley Natam Martins.
Integração entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Combate às Endemias (ACE) nas ações de saúde do município de Camaragibe – PE / Wêslley Natam Martins Almeida. -- Recife:[s.n.], 2019.
63 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.
- Projeto de Intervenção (Especialização em Educação na Saúde) – Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.
Orientador: Luisa Macedo Cavalcante.
1. Estratégia Saúde da Família. 2. Educação Permanente. 3. Preceptorial. I. Cavalcante, Luisa Macedo. II. Título.

CDU 614.39

Wésley Natam Martins Almeida

**INTEGRAÇÃO ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E DE
COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) NAS AÇÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
CAMARAGIBE – PE**

Projeto de Intervenção apresentado ao I Curso de Especialização em Educação na Saúde, com Ênfase na Formação de Preceptores de Residências Multiprofissionais em Saúde do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Educação na Saúde.

Aprovado em: 07 / 05 / 2019

BANCA EXAMINADORA

Ms. Luisa Macedo Cavalcante
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Msc. Domício Aurélio de Sá
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

Este trabalho é dedicado a todos os profissionais de saúde da Atenção Básica que trabalham na busca de qualificação das práticas e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente as Agentes Comunitárias de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias do território 1 de Camaragibe – PE.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Luisa Cavalcante, que é mais uma mulher guerreira desse País, que luta por um SUS equânime, universal e integral; que em meio a todos os percalços enfrentados diariamente, não se abate; que mesmo com tantas atribuições e sobrecarga no trabalho, se dispôs a me orientar e mesmo achando que demorava pra me responder, fez muito mais do que eu esperava, sempre. Eu não poderia ter construído esse trabalho lindo sem ti, obrigado mesmo. Você é maravilhosa!

Aos meus companheiros do NAE Anísio Teixeira, Deisiany, Tiago, Maria Auxiliadora, Eduardo e Julio, por tudo que vivemos durante esse tempo de curso, com vários sentimentos e aventuras; tudo isso que passamos nos trouxe até aqui.

Às professoras Paulette Cavalcante e Joselice Pinto, por poderem me proporcionar as mais variadas sensações sobre o que seria ser um profissional de saúde e de educação, diariamente. Aprendi muito! Muito orgulho de vocês, verdadeiros exemplos.

Às minhas companheiras de trabalho, Ana Perez, a MELHOR coordenadora, Beatriz, a mais realista, Shirley, a mais intelectual, Giselly, a mais engraçada, Mirela ‘Mezenga’, a mais ‘braba’ e Regina, a maior gravadora de áudios do WhatsApp do mundo; vocês me inspiraram sempre a dar o meu melhor e a compreender o caminho para chegar até aqui.

À Tarsila Miranda, a melhor residente já encontrada neste País! Aprendi muito contigo também. Foi muito bom a troca de experiências e saber que eu pude contribuir com a formação de mais uma Médica Veterinária para a Saúde Pública.

Aos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias do território 1 de Camaragibe – PE, que sonho vocês são. Melhores profissionais não há! Eu espero muito que a vida possa retribuir a vocês o tanto que conseguem fazer pela população, mesmo com tantas limitações e desgaste, mesmo com essa conjuntura política triste na qual nos encontramos; muito obrigado por serem tão fantásticos e deixarem minha pesquisa a mais linda de todas!

Aos meus amigos e meu amor que estão sempre do meu lado me dando forças, seja nas risadas, nas noitadas, nos conselhos, nos cuidados e nas angústias durante a escrita da monografia: Pedro, Fábio, Tiago, Aurinha, Bianca e Mateus; amo vocês demais!

À minha família amada, Iraneide, José e Wêdja, que, mesmo nas dificuldades, sempre fizeram todo o esforço por mim e incentivam a investir em educação, e que me permitem continuar sonhando e realizando.

Por fim, e não por ser fim, mas por saber que a seguir tem um recomeço, agradeço a Deus, por sempre me proporcionar momentos singulares em minha vida e por todo o saber que me permite construir. Que eu possa continuar a caminhar e, com isso, absorver e levar o melhor, para continuar o fim dos ciclos e a chegada dos recomeços.

*"O direito pertence apenas àquele que
luta por ele."*
Ruth Brilhante

ALMEIDA, Wêslley Natam Martins Almeida. **Integração entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Combate às Endemias (ACE) nas ações de saúde do município de Camaragibe – PE.** Projeto de Intervenção (Especialização em Educação na Saúde) – Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Este projeto teve o objetivo de fortalecer a integração entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Combate às Endemias (ACE) através do planejamento para realização das ações de saúde no município de Camaragibe – PE. A metodologia utilizada foi uma pesquisa-ação, no período de janeiro a março de 2019, no município de Camaragibe – PE. A coleta de dados desta pesquisa foi realizada por meio de diário de campo, escrito durante a intervenção, que se deu através das Oficinas de Integração ACS e ACE. As oficinas foram planejadas junto com a residente que realizava estágio no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, utilizando-se da preceptoria para tal e construídas utilizando-se de metodologias participativas, que compreendiam 3 momentos principais, sendo, as dinâmicas de integração, o diálogo sobre o tema da oficina e a construção da cartilha de integração ACS e ACE. Após a análise dos registros, observou-se que os ACS e ACE se enxergam como atores importantes no processo sanitário de acordo com a demanda da Atenção Básica, considerando o vínculo formado por eles e o território; trazem a fala da sobrecarga do trabalho, principalmente com o aumento da burocracia e atribuem esses fatores à diminuição da qualidade de ações como visitas domiciliares, atividades de planejamento, dentre outras. As oficinas possibilitaram a troca de experiência entre os participantes, a realização do planejamento de suas ações em conjunto, onde destacam-se o matriciamento, planejamento das ações do PSE, readequação dos mapas das UBS para inclusão dos quarteirões e a identificação dos riscos, inclusão do ACE nas reuniões administrativas, entre outros. Observou-se também a importância da preceptoria nesse cenário, em que a residente pode participar de todas as etapas de concepção e execução deste projeto de intervenção, não somente como forma de aprender na prática, mas também no sentido de provocar a realização de práticas de integração.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família. Educação Permanente. Preceptoria

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura - 1 Linha do tempo com resgate histórico sobre o processo de criação das profissões ACS e ACE | 28 |
| Figura - 2 ACS e ACE discutindo as atribuições dos ACS e ACE definidas pelas Leis 11.560/2016 e 13.595/2018 | 30 |
| Figura - 3 ACS e ACE discutindo as contraposições existentes entre a PNAB 2017 e a Lei 13.595/2018 | 31 |
| Figura - 4 ACS e ACE destacando as atribuições da Lei 13.595/2018 quanto as ações integradas entre eles | 32 |
| Figura - 5 ACS e ACE do município de Camaragibe debatendo sobre o LIRAA | 33 |
| Figura - 6 ACS, ACE e Residente da área de medicina veterinária preventiva da UFRPE | 35 |
| Figura - 7 ACS e ACE reunidos para discussão e planejamento de ações de saúde no seu território | 36 |
| Figura - 8 Fluxograma das Oficinas de Integração ACS e ACE | 38 |
| Figura - 9 Convite para a mostra de experiências e debate da Oficina Integradas entre ACS e ACE em Camaragibe – PE | 39 |
| Figura - 10 Dinâmica final da Oficina de integração ACS e ACE no município de Camaragibe – PE | 40 |
| Figura - 11 Fluxograma das Oficinas de Integração ACS e ACE, destacando a interrupção do projeto de intervenção | 42 |
| Quadro - 1 Descrição de atividades e metas para avaliação do projeto de intervenção | 44 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ACE | Agente de Combate às Endemias |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AD | Alcool e Drogas |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAB | Caderno de Atenção Básica |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| Conass | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CRFB | Constituição da República Federativa do Brasil |
| DSC | Discurso do Sujeito Coletivo |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| eqSF | equipe Saúde da Família |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| GM | Gabinete Ministerial |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| LIRAA | Levantamento Rápido do Índice de Infestação por <i>Aedes aegypti</i> |
| MEC | Ministério da Educação |
| MG | Minas Gerais |
| MS | Ministério da Saúde |
| Nasf-AB | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PCE | Programa de Controle da Esquistossomose |
| PE | Pernambuco |
| PEC | Projeto de Emenda Constitucional |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNCD | Programa Nacional de Controle da Dengue |
| PNVS | Política Nacional de Vigilância em Saúde |

| | |
|---------|--|
| PROFAGS | Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde |
| PSE | Programa Saúde da Família |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| R1 | Residente ano 1 |
| R2 | Residente ano 2 |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RMS | Residência Multiprofissional em Saúde |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| Sisab | Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFRPE | Universidade Federal Rural de Pernambuco |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 CENÁRIO DE INTERVENÇÃO | 13 |
| 1.1 Delimitação do problema | 13 |
| 1.2 Perguntas a serem respondidas | 14 |
| 1.3 Justificativa e Relevância | 14 |
| 2 OBJETIVO GERAL | 17 |
| 2.1 Objetivos Específicos | 17 |
| 3 SUJEITOS | 18 |
| 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 19 |
| 4.1 A Educação Permanente em Saúde (EPS) como proposta de intervenção | 22 |
| 4.2 As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) na Atenção Básica | 23 |
| 5 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS | 25 |
| 6 RESULTADOS | 27 |
| 6.1 Oficina de Integração ACS e ACE 1: “a importância dos ACS e ACE para a sociedade” | 27 |
| 6.2 Expansão das Oficinas de Integração ACS e ACE para outros territórios | 33 |
| 6.3 Oficina de Integração ACS e ACE 2: “o planejamento das ações de saúde” | 34 |
| 6.4 A preceptoria enquanto ferramenta no processo de integração ACS e ACE | 40 |
| 6.5 Oficina de Integração ACS e ACE 3: “mostra de experiências e debate” | 42 |
| 7 AVALIAÇÃO | 44 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 45 |
| REFERÊNCIAS | 46 |
| APÊNDICE A – Metodologia das oficinas | 58 |
| APÊNDICE B – Roteiro de entrevista sobre a concepção dos ACS e ACE sobre as dificuldades e importância em planejar e realizar ações de saúde de modo integrado | 61 |
| APÊNDICE C – Guia de planejamento e avaliação das ações integradas ACS e ACE | 62 |

1 CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

Para realizar a intervenção, algumas etapas foram construídas, como a delimitação do problema e os questionamentos que o envolve, reunindo informações que justificassem a aplicabilidade do projeto de intervenção e sua relevância para a sociedade. Estas etapas foram descritas nos tópicos a seguir.

1.1 Delimitação do problema

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) iniciou o processo de descentralização das ações na área de Epidemiologia e Controle de Doenças para os municípios a partir da Portaria¹ do Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, alocando os Agentes de Combate às Endemias (ACE) na Vigilância em Saúde. Após isso, em 2002, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passaram a atuar na prevenção e no controle da malária e da dengue.

Em 2006, a partir da Lei² nº 11.350, os ACS e ACE tiveram suas atividades regulamentadas e já se propunha o trabalho integrado entre estas categorias profissionais. Para elucidar algumas atividades integradas entre os profissionais, foram publicados, em 2008 e 2009 respectivamente, os Cadernos de Atenção Básica^{3,4} (CAB) nº 21 sobre Vigilância em Saúde e nº 22 sobre Zoonoses.

No intuito de que os gestores municipais estimulem a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica (AB), em 2010 pela Portaria⁵ GM/MS nº 1007, foi criado um incentivo financeiro adicional para os municípios que cadastrassem ACE nas equipes Saúde da Família (eqSF).

De forma a estabelecer a garantia de ações de integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Vigilância em Saúde através dos ACS e ACE, outros documentos foram produzidos, como a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria⁶ 2.436 de 2017, a reformulação das atribuições dos ACS e ACE pela Lei⁷ nº 13.595 de 2018 e a criação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)⁸ pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 588 de 2018.

Ainda assim, um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integração desses atores, e, desse modo os profissionais atuam segundo suas próprias rotinas, com pouca articulação e planejamento integrado entre si ou outros setores⁹.

1.2 Perguntas a serem respondidas

Quais as ações de saúde ACS e ACE já planejaram e realizaram juntos em Camaragibe – PE?

Existem dificuldades para realização de planejamento e ação integradas entre ACS e ACE? Se sim, quais?

Quais seriam as melhores estratégias para planejar e realizar ações integradas?

1.3 Justificativa e Relevância

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu no início da década de 90, em alguns estados do Nordeste do Brasil, como uma estratégia para melhorar as condições de saúde da população, através de ações consideradas simples, mas com grande impacto por serem desenvolvidas e assimiladas dentro das comunidades por integrantes das mesmas¹⁰. Com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) viu-se uma oportunidade de promover mudança no modelo de atenção à saúde, ampliando o objeto de trabalho, antes voltado apenas para o indivíduo, e agora incluindo a família e o meio social que vive¹¹.

O Agente de Combate às Endemias (ACE) surgiu como uma força de trabalho ainda no final do século XIX, com a nomenclatura de Mata-Mosquito, que objetivava realizar ações preventivas de saúde pública, como por exemplo a melhoria do saneamento dos portos e do perímetro urbano. Enquanto funcionários da FUNASA, chamados Agentes de Saúde Pública, realizavam ações de epidemiologia e controle de doenças até que, no final do século XX, a partir da Portaria do MS nº. 1.399/1999 houve, progressivamente, a descentralização desses profissionais para as Vigilâncias em Saúde municipais^{1, 12}.

Os modelos de Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde constituem ações com foco de atuação na prevenção e controle de doenças transmissíveis e não

transmissíveis que possam acometer as comunidades, através da utilização da análise da situação de saúde das populações, na busca de impedir exposição a riscos. Deste modo, ambos deveriam atuar em um território de forma integrada para potencializar essas ações de saúde⁹.

Em 2002 foi lançado o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), pelo MS, que fundamentou a integração como base conceitual das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, destacando a importância de ações conjuntas dos ACE com os ACS^{13, 14, 15}.

Somente a partir da Portaria² 11.350 de 2006 que as ocupações de ACS e ACE foram regulamentadas e suas atribuições definidas. Por meio da Portaria⁵ n° 1.007 de 2010, o MS definiu os critérios de regulamentação da incorporação do ACE na APS, com o objetivo de fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Esta Portaria visa potencializar a atuação dos ACS e ACE, mas não detalha as funções dos profissionais, o que, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)¹⁶ traz um risco na atuação destes profissionais.

De forma a estabelecer a garantia de ações de integração da APS com a Vigilância em Saúde através dos ACS e ACE, outros documentos foram produzidos, como a reformulação da PNAB⁶ pela Portaria 2.436 de 2017, a reformulação das atribuições dos ACS e ACE pela Lei⁷ n° 13.595 (Ruth Brilhante) de 2018 e a criação da PNVS pela Resolução⁸ do CNS n° 588 de 2018.

Alguns pesquisadores^{16, 17} afirmam que se não houver a utilização de ferramentas indispensáveis, como o planejamento e a programação, bem como o monitoramento e a avaliação sistemática, que devem ocorrer de forma articulada entre os serviços gestores da AB e Vigilância em Saúde, ao invés de incrementar, pode fazer com que o trabalho dos agentes seja minimizado e a sua atuação reduzida simplesmente ao controle de endemias. Para que ocorra uma reorganização do processo de trabalho, visando à descentralização de ações de vigilância em saúde para AB, é indispensável a qualificação permanente dos profissionais ACE, Estratégia Saúde da Família (ESF) bem como a equipe gestora.

Tendo em vista esse contexto e considerando a fragilidade no processo de planejamento e realização de ações de saúde pelos ACS e ACE de forma integrada no município de Camaragibe – PE, torna-se de suma importância o projeto de intervenção, com o intuito de contribuir com a realização de análise das ações de saúde no município e potencializar a

realização de planejamentos e ações de maneira integrada entre os profissionais da APS e Vigilância em Saúde, bem como quanto o aperfeiçoamento aos profissionais participantes^{18, 19}.

2 OBJETIVO GERAL

Fortalecer a integração entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Combate às Endemias (ACE) por meio do planejamento para realização das ações de saúde do território de saúde 1 no município de Camaragibe – PE.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Identificar quais as ações de saúde ACS e ACE já planejaram e realizaram juntos;
- b) Elaborar em conjunto com os ACS e ACE um plano de ações de saúde que possam realizar juntos no território adscrito;
- c) Analisar quais as dificuldades que os ACS e ACE encontraram para planejarem e realizarem as ações de saúde de modo integrado;
- d) Discutir preceptoria como ferramenta para o fortalecimento da integração ACS e ACE.

3 SUJEITOS

Camaragibe é um município pernambucano, localizado na região metropolitana do Recife. Segundo IBGE²⁰, a população estimada do município de Camaragibe é de 156.736 pessoas, numa área de 55,083 km². É dividido em quatro territórios de saúde e conta com 68 unidades de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²¹. O território de saúde 1, área do estudo, é localizado na zona urbana, composto por nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam 61 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e 8 Agentes de Combate às Endemias. Esse distrito de saúde foi escolhido porque o pesquisador é profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) responsável por esse território. Além disso, o território é cenário teórico-prático de residentes da área de medicina veterinária preventiva da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE).

Como critério de inclusão do público alvo, o estudo foi realizado com os ACS e ACE que atuam no território de saúde 1 de Camaragibe – PE, cadastradas na Atenção Primária em Saúde e Vigilância em Saúde e como critério de exclusão, foram excluídos os trabalhadores de saúde que estiverem de licença médica ou afastados de suas atividades laborais por algum motivo de saúde ou de férias.

Este projeto ofereceu riscos mínimos aos voluntários, principalmente relacionados ao desconforto que poderiam sentir ao responder às perguntas. Foram avisados que, em caso de sentirem-se constrangidos ou não quisessem responder a qualquer questionamento, poderiam interromper sua participação em qualquer momento. Foi oferecido toda a segurança, respeito e privacidade possíveis.

Em relação aos benefícios, este estudo visou proporcionar benefícios diretos e indiretos aos participantes voluntários. Os benefícios diretos estão relacionados a análise das ações de saúde do município, contribuindo com a potencialização de planejamentos e ações de maneira integrada entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, bem como quanto o aperfeiçoamento aos profissionais participantes. Indiretamente, esta pesquisa propôs-se beneficiar os trabalhadores de saúde quanto a reorganização do seu processo de trabalho, dentre outros. Os conhecimentos compartilhados também puderam contribuir com o desenvolvimento desta área de pesquisa e despertar nos envolvidos o desejo de se especializarem e/ou se capacitarem para o atendimento desta demanda.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Historicamente, os conceitos ocidentais de saúde e doença são descritos a partir de concepções influenciadas pelo paradigma biomédico, no qual saúde baseava-se no fato da ausência de doença, em que os hospitais eram vistos como as unidades de saúde primordiais, visando apenas uma medicina especializada, com atenção voltada apenas ao indivíduo²².

A partir da década de 70, a saúde pública no Brasil iniciou um processo de alterações conceituais e filosóficas, quando a hegemonia do modelo biomédico gera um movimento de críticas através de seus limites na atenção à saúde das pessoas, levando a ações como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste, com o objetivo de levar alguns serviços básicos para a população carente através de agentes de saúde^{23, 24}.

A Conferência Mundial de Saúde, que aconteceu em Alma-Ata, em 1978, foi importante para refletir a necessidade de um sistema de saúde que pudesse promover o desenvolvimento social e transformar a saúde como um direito. Logo após, em algumas regiões do Brasil, como São Paulo, Recife e Ceará, foram realizados alguns projetos com o objetivo de levar ações de saúde para indivíduos e famílias^{23, 25}.

Aliado as mudanças que vinham acontecendo, houve a movimentação de diferentes seguimentos e grupos organizados da sociedade civil, dentre eles o Movimento de Reforma Sanitária, que conseguiram presença efetiva na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, algo não existente em conferências nacionais anteriores que culminou, dentre outras coisas, com a construção Sistema Único de Saúde (SUS)^{26, 27}.

As recomendações de Alma-Ata, as experiências bem-sucedidas realizadas com agentes de saúde, bem como estudos que demonstravam uma maior efetividade e eficiência de sistemas de saúde através do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), influenciaram o investimento desse modelo, principalmente a partir da implantação do SUS²⁸.

A APS ou Atenção Básica (AB) é definida por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É orientada pelos princípios e diretrizes da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização,

da equidade e da participação social⁶.

Buscando desenvolver as ações que promova a mudança no modelo de atenção à saúde, a partir do conceito de AB, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, com o objetivo de realizar ações de saúde, que incluam a família e o meio social que vive, sendo realizado por integrantes da própria comunidade, produzindo uma ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde¹¹. Porém esses atores ainda não formavam uma categoria e não faziam parte da equipe de saúde, embora tivessem de ser supervisionados por enfermeiros. Logo após, em 1994, foi formulado o Programa Saúde da Família (PSF), depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF)²⁹.

A ESF configura um modelo assistencial em que as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo e o seu contexto familiar, social, econômico e cultural, bem como a realização das ações de Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde. A ESF deve ser operacionalizada mediante equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em um território definido³⁰.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são integrados à ESF, pessoal capacitado em saúde, de origem da própria comunidade, sendo o principal ator de formação, fortalecimento e ampliação de vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde³¹.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁶ reafirma a ESF como prioritária para consolidar a atenção à saúde, devendo ser esta o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e responsável por ampliar as ações intersetoriais, sendo o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Vigilância em Saúde, também como modelo de reorganização das práticas de saúde, tem o objetivo de analisar a situação de saúde de uma população para organizar, recomendar e executar práticas mais adequadas para o enfrentamento de problemas existentes a partir de ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos inseridos no cotidiano das equipes Saúde da Família (eqSF)³.

A combinação dos instrumentos das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental visam tornar possíveis respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde, tendo os Agentes de Combate às Endemias (ACE) como um dos atores fundamentais destas ações³².

Os ACE foram integrados à vigilância no final da década de 90, com a publicação da Portaria¹ GM/MS n. 1.399, de 15/12/1999 que regulamenta as competências dos três níveis de

governo na área de epidemiologia e controle das doenças, enfatizando os municípios como executores da política de controle de endemias através da NOB¹⁰ 01/96.

É necessária uma organização dos setores da AB e Vigilância em Saúde para a construção de uma integração no seu processo de trabalho, com a finalidade de promover a integralidade do cuidado e melhores resultados, preservando as especificidades dos setores e compartilhando suas tecnologias³³.

Paim³⁴, identifica em seu trabalho que a integralidade das ações, a interdisciplinaridade das técnicas, a interação entre multiprofissionais no trabalho em equipe e a intercomunicação na relação direta entre diversos profissionais estão diretamente ligadas com os resultados que diminuem problemáticas para o trabalho gestor.

Visando promover integração entre a AB e a Vigilância em Saúde, o MS produziu uma série de publicações entre os anos 2002 a 2018. Em 2002, foi lançado o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que fundamentou a integração como base conceitual das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, destacando a importância de ações conjuntas dos ACE com os ACS^{13, 14, 15}.

É primordial que a organização desses serviços se constitua nos princípios da regionalização e hierarquização, realizando a delimitação de um território formado a partir de agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da eqSF e a área de abrangência da UBS³⁵.

Por meio da Portaria⁵ nº 1.007 de 2010, o MS definiu os critérios de regulamentação da incorporação do ACE na APS, com o objetivo de fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às eqSF. Esta Portaria visa potencializar a atuação dos ACS e ACE, mas não detalha as funções dos profissionais, o que, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)¹⁶ traz um risco na atuação destes profissionais.

Em 2016 a partir da Portaria² 11.350 de 2006 houve a regulamentação das ocupações de ACS e ACE e suas atribuições definidas, sofrendo reformulação pela Lei nº 13.595 (Ruth Brilhante)⁷ de 2018, em que propõe o estímulo das ações integradas entre AB e Vigilância em Saúde, especificando as atribuições comuns por esses dois atores na comunidade.

Em 2017, houve a reformulação da PNAB pela Portaria⁶ 2.436 e a criação da PNVS pela Resolução⁸ CNS nº 588 de 2018, em que contextualizam a importância da integração entre AB e Vigilância em Saúde para a integralidade do cuidado na comunidade.

4.1 A Educação Permanente em Saúde (EPS) como proposta de intervenção

Na década de 90 muito se falava sobre a importância da valorização do trabalhador do SUS e na construção de uma política que pudesse garanti-la. Neste sentido, após reestruturação do Ministério da Saúde, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), logo em seguida, através da Resolução do CNS nº 355 de 27 de novembro de 2003³⁶, instituiu-se a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde, culminando posteriormente com a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)³⁷. Em 2007, através da Portaria nº 1996, de 20 de agosto, o Ministério da Saúde reformula a PNEPS³⁸.

A PNEPS tem o objetivo de transformar as práticas profissionais, de gestão, formulação de políticas, participação popular e orientar a organização do trabalho, propõe a construção de ações educativas através de problematizações das práticas de saúde, fortalecendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de promoção em saúde, com o pressuposto à realização de ações educacionais ‘no’ e ‘para’ o trabalho³⁹.

Deste modo, a EPS tem como proposta a utilização de espaços coletivos no intuito de levar a reflexão aos trabalhadores, bem como a avaliação de suas ações no território, criando diálogos e transformando as práticas de saúde e de educação⁴⁰.

Quando consideramos os conhecimentos prévios e o contexto local, empregando o dia a dia dos trabalhadores da saúde e somarmos estes aprendizados a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, as ações de EPS produzem uma aprendizagem significativa para os atores participantes^{40, 41, 42, 43}.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) composto por uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento para a orientação de práticas relacionadas à melhoria da qualidade de vida e saúde, foi criado pelo MS em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da AB⁴⁴.

As atividades do Nasf-AB são desenvolvidas em conjunto com os profissionais da ESF, de forma compartilhada e colaborativa, através do apoio matricial, em pelo menos duas

dimensões, a clínico-assistencial, que está envolvida com ações clínicas direta com os usuários, e a técnico-pedagógica, que age através de ações educativas com e para as equipes⁶.

4.2 As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) na Atenção Básica

A formação profissional exige a busca de conhecimento através de aperfeiçoamentos e processos de aprendizagem. Segundo Witt⁴⁵, todos os profissionais de saúde identificam como competência geral o reconhecimento de estar em formação contínua. A cultura e a vivência dos indivíduos fornecem elementos que os faz compreender e incorporar as práticas de saúde⁴⁶.

Mesmo com o desenvolvimento da ESF, a atuação profissional tendia a permanecer fortemente centrada na clínica e o enfoque biológico permanece hegemônico, em detrimento das dimensões social e da subjetividade, contribuindo para que as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos fiquem em segundo plano⁴⁵. Diante disso, o Ministério da Educação (MEC) elaborou e publicou as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde em 2001 e 2002, recomendando a realização de treinamento em diferentes cenários e níveis hierárquicos de atenção, incluindo a APS^{47, 48, 49}.

Neste contexto, pensando no fortalecimento de estratégias para a atenção básica, com a proposta de integrar as diferentes profissões e propiciar um espaço para atuação interdisciplinar nos diversos cenários da saúde e levando em consideração as experiências de Residências Médicas, surgem, na década de 80, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), mas que só iniciaram sua regulamentação em 2005^{50, 51}, com a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 e a Portaria Interministerial nº 2.117, de 03 de novembro de 2005, instituindo então a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e a Residência em Área Profissional da Saúde, respectivamente.

As RMS buscam promover a transformação dos serviços de saúde onde estiver inserida instigando a crítica sobre a prática interdisciplinar e as possibilidades e limites de transformação da realidade⁵².

Ao pautar a formação dos profissionais na reflexão e na criação de novas tecnologias de cuidado à saúde e incorporar a escuta aos processos singulares e subjetivos, conseguimos estabelecer relações de confiança e vínculo entre profissionais e usuários e o compromisso com a resolução de problemas do território⁵³.

A inserção e atuação dos residentes nos espaços de saúde se dá a partir da relação preceptor e educando, que deve ser realizada de forma horizontalizada, valorizando o que o educando traz enquanto seus conhecimentos teóricos e sentimentos, fugindo, portanto, da educação bancária na qual o estudante seria depositário do saber do preceptor^{54, 55}.

A EPS é uma política fundamental para a formação em saúde, pois envolve o conhecimento da realidade concreta, o repensar das práticas, a análise dos enfrentamentos e a criação de novos conceitos^{56, 57}.

5 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

O planejamento das Oficinas de Integração ACS e ACE foi construído junto com a residente da área de medicina veterinária preventiva da UFRPE, durante algumas reuniões de preceptoria do mês de dezembro, utilizando-se de metodologias participativas, orientada por uma perspectiva construcionista social, que entende o conhecimento como sendo elaborado em conjunto com as pessoas, buscando a problematização das questões discutidas, a construção de novos conhecimentos bem como a participação ativa de todos os envolvidos^{58, 59}. As Oficinas de Integração ACS e ACE tiveram 3 momentos principais, sendo, as dinâmicas de integração, o diálogo sobre o tema da oficina e a construção da cartilha de integração ACS e ACE (Apêndice A).

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada em dois momentos:

- 1) durante as Oficinas de Integração ACS/ACE que ocorreram em fevereiro e março de 2019, que serviram de base para o planejamento de ações conjuntas entre os profissionais e a elaboração da cartilha;
- 2) grupo focal, realizado após a última Oficina de Integração, formado por um membro representativo de ACS e ACE de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), utilizando-se de roteiro semiestruturado sobre a concepção destes profissionais sobre as dificuldades e importância em planejar e realizar ações de saúde de modo integrado (Apêndice B).

As oficinas e os relatos foram gravados, transcritos e analisados.

As Oficinas de Integração ACS/ACE foram realizadas em três etapas, cada etapa executada em um dia específico, onde todos se encontraram para debatermos sobre temas relacionados ao processo de trabalho desses atores, bem como construir estratégias de planejamento e ações integradas. Estas etapas também foram utilizadas para propor a construção da cartilha, de modo que todos os participantes das oficinas pudessem participar da construção.

O grupo focal, como metodologia de coleta de dados, intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade. A partir disso, segundo pesquisa, inicia o desenvolvimento de uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns

e seus participantes procuram abordá-los trabalhando como uma equipe, gerando uma intencionalidade de sensibilizar os participantes para operar na transformação da realidade de modo crítico e criativo⁶⁰.

O projeto teve financiamento custeado pelo pesquisador, para cobertura de despesas, como por exemplo, materiais para execução das atividades (Tabela 1).

Tabela - 1 Orçamento de execução do projeto.

| Material | Valor unitário | Valor total | Financiamento |
|--|-----------------------|--------------------|-------------------------------|
| Deslocamento | - | - | Pesquisador – recurso próprio |
| Resma papel officio A4 | 15,00 | 90,00 | Pesquisador – recurso próprio |
| Tinta para impressão questionários e cartilhas | 70,00 | 350,00 | Pesquisador – recurso próprio |
| Cartolinas | 0,50 | 40,50 | Pesquisador – recurso próprio |
| Lápis Piloto | 4,00 | 216,00 | Pesquisador – recurso próprio |
| Datashow | 3.000 | 3.000 | Pesquisador – recurso próprio |
| Novelo de lã | 4,00 | 8,00 | Pesquisador – recurso próprio |
| TOTAL | | | 3.704,50 |

Fonte: O autor

6 RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir da realização das Oficinas de Integração ACS e ACE estão descritos abaixo, separados por tópicos com temas de cada uma das oficinas ou pelos desdobramentos que se deram através destas.

6.1 Oficina de Integração ACS e ACE 1: “a importância dos ACS e ACE para a sociedade”

A primeira Oficina de Integração teve como objetivo o resgate dos assuntos sobre o SUS e a história do surgimento dos ACS e ACE, bem como sua importância para a saúde pública.

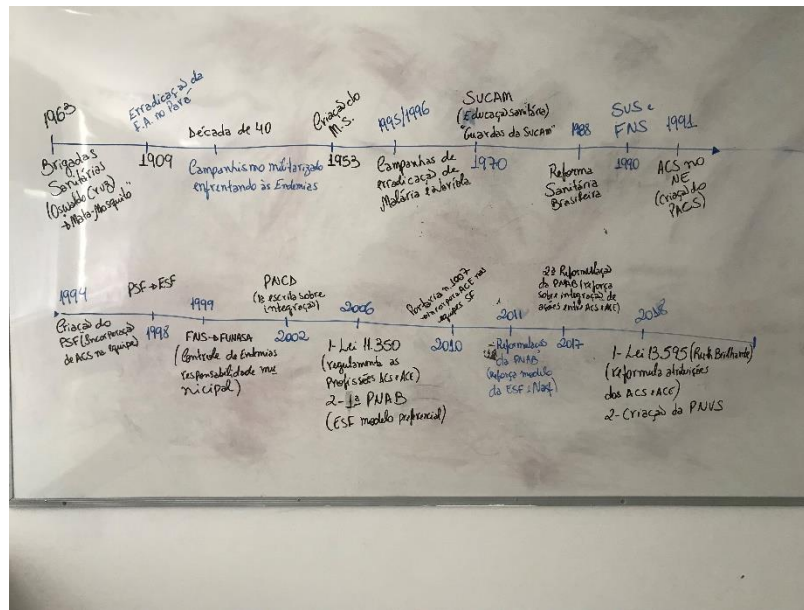
A dinâmica inicial, chamada “rede de novelo”, com o objetivo de movimentar o corpo e integrar os participantes, trouxe para o momento palavras, frases e desejos coletivos e que corroboram com a conjuntura político-econômica em que se encontra o município de Camaragibe/PE.

“o ano começou muito assim... muita coisa ruim, e eu desejo a todos que as coisas possam melhorar”, “desejo que a gente seja mais reconhecidos”, “que a gestão olhe para nós”, “muita fé para a gente seguir na caminhada que está tão difícil”, “me sinto doente com tanta cobrança e nenhum reconhecimento”.

Pesquisas relatam a evidência de sentimentos como frustração, solidão, impotência, falta de reconhecimento e valorização social, citados por agentes de saúde a partir de suas experiências em seu processo de trabalho e como o trabalho pode influenciar nas causas de sofrimento psíquico^{61, 62, 63, 64}.

Houve uma reflexão e resgate histórico sobre o processo de criação dos ACS e ACE, marcada por vários momentos de manifestações, lutas importantes para a conquista e reconhecimento desses trabalhadores, principalmente ao mencionarem as estratégias utilizadas para pressionar o governo a provar o Projeto de Emenda Constitucional (PEC)⁶⁵ n. 007/2003 o qual levou a alteração do inciso II do art. 37 da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) permitindo a contratação, pela administração pública, dos ACS e ACE através de processo seletivo público⁶⁶. Nesta etapa, construiu-se uma linha do tempo (Figura 1).

Figura - 1 Linha do tempo com resgate histórico sobre o processo de criação das profissões ACS e ACE.



Fonte: O autor

Após esse segundo momento, os participantes foram divididos em dois grupos, um destes ficou responsável por conceituar “integração”, o outro grupo ficou responsável por responder a seguinte questão “Para vocês, o que mudou na vida das pessoas após a realização do seu trabalho?”. O primeiro grupo trouxe o seguinte conceito: “integração seria, para nós, a construção do nosso trabalho com união, né, mesmo com as dificuldades é bom se unir, porque integrar é somar as forças.”.

Observou-se, na fala do grupo, que buscaram conceituar integração através da análise do processo de trabalho de ambas as categorias, demonstrando, assim como pesquisa⁶⁷ realizada no ano de 2010, a importância da intervenção para a promoção de mudanças das práticas de saúde para o processo de integração dos ACS e ACE.

Na sequência, o segundo grupo trouxe o reconhecimento do seu trabalho para a estruturação da APS.

“a gente melhorou a condição de vida das pessoas, hoje elas vivem mais porque quando a gente vai na casa deles, visita, eles tem a saúde perto, as informações que antes ninguém dava; diminuiu a mortalidade infantil e materna que a gente lembra como era naquele tempo, morriam de coisa fácil, como os vermes, a tuberculose”.

Percebe-se que, assim como afirmam em outro estudo⁶⁸, os ACS e ACE enxergam suas ações diárias como sendo o elo entre o serviço e a comunidade, agentes promotores de saúde e de mudança de hábitos da população através de ações de educação em saúde pertinentes ao

processo saúde e doença do território em que atua.

Os participantes reforçaram a importância das visitas domiciliares no território para o desenvolvimento e fortalecimento do vínculo e acesso da comunidade com os serviços de saúde: “eles tem visita, conversa, um laço forte com a unidade de saúde.”

Alguns autores⁶⁹ afirmam em seu estudo que a realização do acompanhamento das condições de saúde das famílias, a busca ativa em situações específicas, a orientação para eliminação de focos do mosquito *Aedes aegypti* e as informações sobre dinâmica do funcionamento dos serviços de saúde são ações de rotina dos agentes que são expressas através de suas visitas domiciliares.

Os participantes também ressaltaram quanto as dificuldades em atender o território, com uma visita de qualidade e com tempo oportuno.

“antes a gente tinha tempo de orientar, informar melhor os comunitários, ensinar uma mãe a amamentar... tinha dia que a gente passava o dia numa visita ensinando a mãe como dar o peito da melhor forma, mas hoje a gente tem que preencher tanta ficha, um território grande e falta profissional, não dá mais esse tempo”.

São corroboradas por estudos que afirmam que essas categorias profissionais foram acumulando atividades, se desdobrando em atividades burocráticas, associado àquelas relacionadas com produção e registro de informações o que, conseqüentemente, levou a comprometer algumas atividades para a comunidade, como por exemplo as visitas domiciliares que passaram a ser mais breves e simplificadas, com predominância de ações quantificáveis, a realização de atividades que requerem planejamento e diálogo com outros profissionais e setores, como mobilizações sociais^{70, 71, 72, 73}.

Um outro momento foi a distribuição, para os participantes, das Leis^{2, 7} 11.350/2006 e 13.595/2018 (Ruth Brilhante) que definem as atribuições dos ACS e ACE, após isto estes foram separados em quatro grupos e receberam uma cartolina por grupo.

Cada grupo ficou responsável por um item das Leis, sendo “Grupo 1 – Atribuições dos ACS”, “Grupo 2 – Atribuições do ACS com curso Técnico”, “Grupo 3 – Atribuições do ACE” e “Grupo 4 – Atribuições integradas entre ACS e ACE”, para realizarem um debate em seu grupo e montar um cartaz com as principais atribuições para apresentar ao grande grupo e debaterem o que conseguem e o que não conseguem realizar, refletindo os motivos disso.

Durante o debate, o grupo 1 citou sobre as inúmeras atribuições dos ACS e ACE, destacando:

“falta de material para realização do trabalho. EPI¹, nem lembro o que é”; “não vem mais protetor solar, fardamento, colete, crachá”; “não lembro o tempo que ganhei um crachá da prefeitura, quando o comunitário conhece deixa entrar mas tem uns que ficam com medo sem saber se realmente somos da prefeitura” (Figura 2).

Alguns estudos discutem a necessidade de materiais específicos para os trabalhadores ACS e ACE, para que possam desempenhar as atividades, pois necessitam de proteção, já que estão em contato direto com pesticidas e raios solares, e destacando que a falta de EPI, o improviso nos instrumentos de trabalho, a intensificação do trabalho por falta de profissionais em número suficiente, dentre outros, podem resultar em um desgaste laboral^{74, 75, 76}.

Figura - 2 ACS e ACE discutindo as atribuições dos ACS e ACE definidas pelas Leis 11.560/2016 e 13.595/2018.



Fonte: O autor

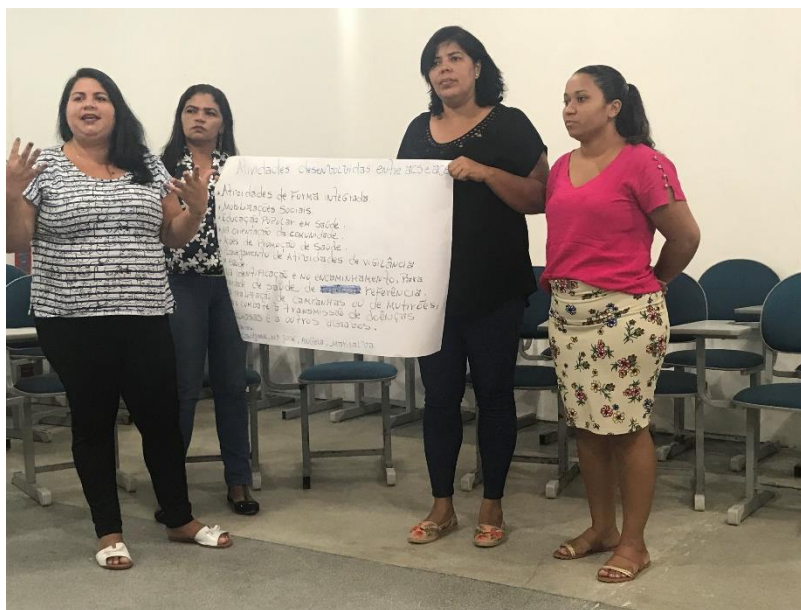
O grupo 2, seguindo o debate, levou ao grande grupo as atribuições de ACS com curso técnico de enfermagem: “queriam descaracterizar a nossa profissão. Acabar com ela!”

O curso foi criado através do Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde (PROFAGS), pela Portaria⁷⁷ n. 83/2018 do MS. Segundo algumas pesquisas^{78,79}, é uma medida que contradiz os princípios da APS, tornando os agentes de saúde como profissionais de uma prática gerencialista, com metas centradas em procedimentos biomédicos.

¹ Equipamento de Proteção Individual

O debate levou a discussão da importância da Lei Ruth Brilhante⁷ em detrimento da PNAB⁶ 2017, já que esta última obriga todos ACS e ACE a fazer o curso técnico para realizar as novas atividades, como aferir temperatura, pressão, etc., enquanto a Lei Ruth Brilhante traz essas atribuições e o curso como ações optativas, à escolha do profissional (Figura 3).

Figura - 3 ACS e ACE discutindo as contraposições existentes entre a PNAB 2017 e a Lei 13.595/2018.



Fonte: O autor

Nos grupos 3 e 4, o que mais chamou a atenção foi a reação das ACS quanto as atribuições dos ACE, ao relatarem que vão além da prevenção das arboviroses e o desconhecimento das atividades descritas na Lei Ruth Brilhante para a realização por ambas as categorias.

“não sabia que eles faziam isso não, eu já poderia ter acionado eles”, “a gente achava que eles quase não tinha o que fazer”, “muita coisa igual a gente”, “agora a gente sabe que pode chamar pra isso”;

“muito legal poder realizar mobilizações juntos”, “a gente pode se aproximar para fazer umas orientações para a população”, “muito importante que os ACE consigam encaminhar comunitários para as unidades porque temos muitas áreas descobertas”, “não temos apoio para fazer essas coisas, a gestão não ajuda”, “além de poucos profissionais e muitas áreas descobertas, a divisão do trabalho do ACE é diferente do ACS, a gente faz por quarteirão e as ACS por rua, isso também dificulta” (Figura 4).

Estas falas corroboram com outros estudos^{80, 81} de que a utilização da Oficina como ferramenta de ação de EPS tem potencial para possibilitar a esses profissionais o

compartilhamento de opiniões, experiências e percepções a partir da realidade do trabalho, possibilitando a discussão e resultando na troca constante de diferentes saberes e fazeres que podem permitir o surgimento de inovações no trabalho.

Figura - 4 ACS e ACE destacando as atribuições da Lei 13.595/2018 quanto as ações integradas entre eles.



Fonte: O autor

Os ACE relataram sobre algumas dificuldades no território, como por exemplo a sobrecarga de trabalho e a responsabilidade com os agravos e situação de saúde: “lá em Aldeia são dois ACE para dar conta de uma área que tem 5 postos de saúde, como a gente vai baixar o índice do ‘*Aedes*’?!”.

Este relato quanto a quantidade insuficiente de profissionais no município, somando com a quantidade de atribuições^{2, 7} destes profissionais pode influenciar em índices como o Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA). Corroborando, o município de Camaragibe – PE, encontrava-se com o resultado de 8,1%, segundo boletim⁸² do MS datado de 07 de junho de 2018; o recomendado pelo MS é que o LIRAA seja de até 0,9% classificado como satisfatório, até 3,9% classificado como alerta de epidemia e acima de 4% risco de epidemia de arboviroses.

O relato dos ACE foi muito pertinente para uma outra descoberta, pois as ACS presentes demonstraram ter pouquíssimo conhecimento sobre o LIRAA, e puderam, durante este momento, entender sobre o assunto, retirando dúvidas e fazendo colocações, demonstrando mais uma vez a importância de estimular o compartilhamento de saberes, através de ações de

EPS^{80, 81} (Figura 5).

Sendo a Educação em Saúde definida como um conjunto de saberes e práticas orientadas para promover saúde e prevenir doenças e agravos, a literatura é uma estratégia de boa aceitação em função da sua proximidade com o território e sua população^{83, 84, 85}. Por isso, finalizando esta primeira Oficina, foi proposto a ideia de construção conjunta de uma Cartilha sobre a integração de ACS e ACE utilizando os conhecimentos formados durante as Oficinas, bem como utilizando dos exemplos realizados a partir dos planejamentos dos participantes, constituindo-a como um instrumento de operacionalização do processo de trabalho integrado entre ACS e ACE. Após aceitação da ideia por todos, foi decidido a discussão para a escolha de um título para a nossa cartilha no próximo encontro.

Figura - 5 ACS e ACE do município de Camaragibe debatendo sobre o LIRAa.



Fonte: O autor

6.2 Expansão das Oficinas de Integração ACS e ACE para outros territórios

Foi solicitado ao pesquisador uma reunião, com a presença de Coordenações e representantes dos setores da Atenção Básica/Nasf-AB, Educação Permanente, Vigilância em Saúde e Diretoria de Desenvolvimento Social, com o objetivo de discutir e conhecer mais sobre as Oficinas de Integração.

Após retirar dúvidas e explicar a importância e o papel da gestão para a realização destas Oficinas e para apoiar as consequências que delas virão, a gestão demonstrou que houve uma

aceitação muito positiva por parte dos ACS e ACE que participaram da primeira Oficina e por isso foi sugerido a realização destas nos demais territórios de saúde do município. Para isso, foi pedido que deixasse datas destas Oficinas nestes demais territórios, tudo registrado em ATA.

Percebeu-se que discutir EPS com a gestão, como estratégia de apoio as ações em saúde, é capaz de provocar mudanças na forma de gerenciamento e humanizar processos nas diferentes instâncias, como mostra trabalho desenvolvido por Medeiros⁸⁶.

6.3 Oficina de Integração ACS e ACE 2: “o planejamento das ações de saúde”

A segunda Oficina de Integração ACS e ACE teve como objetivo central de conversarmos sobre a epidemiologia e os indicadores de saúde do município de Camaragibe e da importância do planejamento em saúde para realização de ações integradas.

Iniciamos com um momento de dinâmica objetivando a integração dos participantes através do olhar e do sorriso.

Pesquisas^{87, 88, 89} relatam que a relação dialógica, a partir da troca de conhecimentos, os princípios multidirecionais e o estilo de vida das pessoas são importantes aspectos para fundamentar a construção de cartilhas, desta forma retomamos essa discussão no primeiro momento desta oficina, em que os participantes trouxeram ideias para nomeação da cartilha. Nesta construção, surgiram dois nomes que, em seguida, passaram pelo processo de votação, estes foram “Saúde perto de vocês: deixa que AGENTE faz!” e “AGENTE junto que leva saúde pra você!”, saindo vencedor este último, escolhido pela maioria.

Foi discutido, então, a importância de a cartilha conter as atribuições individuais e compartilhadas de ACS e ACE, bem como dificuldades do trabalho em conjunto citadas durante as oficinas, formulação de estratégias para promover a integração, dentre outras: “criação do mapa da unidade por todos, incluindo o ACE”, “reunião mensal entre ACS e ACE para planejamento e avaliação de ações”

A ideia é de finalizar com exemplos de ações realizadas pelos participantes que possam servir para outros profissionais destas categorias. Deste modo, seguindo estudos^{90, 91} que discorrem sobre a elaboração da cartilha, esta abordará pontos pertinentes de interesse dos participantes e do público-alvo.

Num segundo momento, a residente de Medicina Veterinária da UFRPE, trouxe uma

discussão sobre os dados epidemiológicos do município⁹², de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, destacando como estão os indicadores mais importantes (Figura 6).

Os ACS e ACE expressaram alguns sentimentos quanto os dados apresentados e discutidos.

“são importantes os dados, muitas vezes realizamos tantas notificações e não temos retorno de como está a situação”, “nós que mandávamos esses dados pra coordenação, de mortalidade, de nascimentos... agora não sei de onde eles tiram”, “antes discutíamos esses dados, hoje não temos mais isso”, “sabendo disso a gente consegue fazer um trabalho mais certo”, “nós até sabe que existem esses problemas, esquistossomose a gente sabe que tem de monte, mas é diferente ver o número”.

Figura - 6 ACS, ACE e Residente da área de medicina veterinária preventiva da UFRPE.



Fonte: O autor

A criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁹³, pelo Ministério da Saúde em 1998, hoje denominado Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica (Sisab), com o objetivo de gerar dados coletados nos domicílios pelos profissionais das eqSF, a partir de fichas de cadastramento e acompanhamento para análise e produção de relatórios específicos, para auxiliar no processo de tomada de decisões, na escolha de ações prioritárias dirigidas à comunidades específicas, baseando-se nas necessidades da população⁹⁴. Estudos realizados em dois municípios de Mato Grosso do Sul⁹⁵, e em um município do Paraná⁹⁶ corroboram com as falas dos ACS e ACE em que as informações obtidas por estes profissionais, através do sistema de informação, não estão sendo utilizadas de forma correta pelas eqSF,

indicando a escassez de momentos coletivos para a discussão e análise desses dados.

Ainda durante a discussão, a residente trouxe os dados analisados de requisições feitas pela população do território 1 à Vigilância Ambiental do município de Camaragibe – PE, entre os anos de 2014 a 2018, tais como criação de animais de produção na zona urbana, infestações de ratos, pulgas e carrapatos nas residências, gatos com esporotricose, maus tratos aos animais, lixo em local inapropriado, arboviroses, dentre outros, o que possibilitou a todos perceberem que os dados epidemiológicos atuais são reflexos não somente da vulnerabilidade social e econômica das pessoas, como também da interação do ser humano com os animais e o meio ambiente.

Iniciou-se o momento de planejamento através da formação de grupos onde os ACS e ACE de cada UBS se reuniram formando um grupo de trabalho. O intuito desse momento foi discutir como eles conseguiriam realizar ações conjuntas sem planejar, ou como conseguiriam planejar ações integradas com tantas atribuições e burocracia diária. A utilização dos dados epidemiológicos e da vigilância ambiental discutidos anteriormente poderiam servir para análise e definição de prioridades de ações no território (Figura 7).

Figura - 7 ACS e ACE reunidos para discussão e planejamento de ações de saúde no seu território.



Fonte: O autor

Com o objetivo de que os participantes pudessem sistematizar os pensamentos, ações e críticas discutidas durante o grupo de trabalho, foi utilizado um guia para planejamento e avaliação (Apêndice C).

Deste momento, surgiram várias ideias e estratégias, como a construção de mapas do território da UBS em conjunto: “é legal reconstruirmos os mapas pra que a gente inclua os quarteirões dos ACE e colocar áreas de risco”.

A utilização dos mapas do território de forma conjunta, é relatada em alguns estudos, na perspectiva da importância de conhecer o território segundo seus aspectos culturais, realizar a análise de risco e planejar ações de promoção à saúde segundo as necessidades^{97, 98}.

A EPS e o Programa de Saúde na Escola (PSE), também foram ideias relatadas pelos profissionais.

“acho que se a gente fizesse uma ação de hanseníase, que ta tendo tanto, seria muito bom até ‘pros’ ACE ter uma capacitação com a gente e se ver algum caso durante uma visita, falar pra gente ir lá ou pedir pra ela procurar a gente”;

“vamos ver junto com a Escola São José uma parceria para umas ações de lixo, conscientizar as pessoas, mobilizar elas”, “lá ta tendo tanto caso de ‘esquisto’, vamos fazer algo sobre isso”, “pronto, já vamos combinar o dia de encontro pra planejar”.

Autores⁹⁹ relatam essas atividades coletivas como estratégias em potencial, visto que permite a troca de experiência entre eles e a soma de aprendizado, bem como estimula a realização de ações integradas de forma intra e intersetorial, através da articulação entre os atores envolvidos para realizar o planejamento e execução destas.

Durante este momento da oficina, os participantes citaram sobre ações do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE): “lembram quando fazíamos as ações de esquistossomose, entregava os potes, orientava sobre a doença... vamos fazer de novo, dava muito certo e hoje não fazemos mais.”

Estudos^{100, 101} afirmam como positiva a integração entre ACS e ACE como participantes efetivos das ações do PCE, através da distribuição e recolhimento de potes, educação em saúde e participação nos inquéritos coproscópicos.

Os profissionais também viram a importância do apoio político e de gestão para realização das ações: “precisamos falar com o sindicato e com a gestão pra eles darem condição da gente se reunir pelo menos uma vez cada dois meses”.

Essa articulação com a gestão e sindicato, é entendida por alguns pesquisadores¹⁰² como importantes setores para apoiar os profissionais a viabilizar e desenvolver as ações de maneira eficaz.

Os participantes também acharam muito importante utilizar de espaços coletivos, na

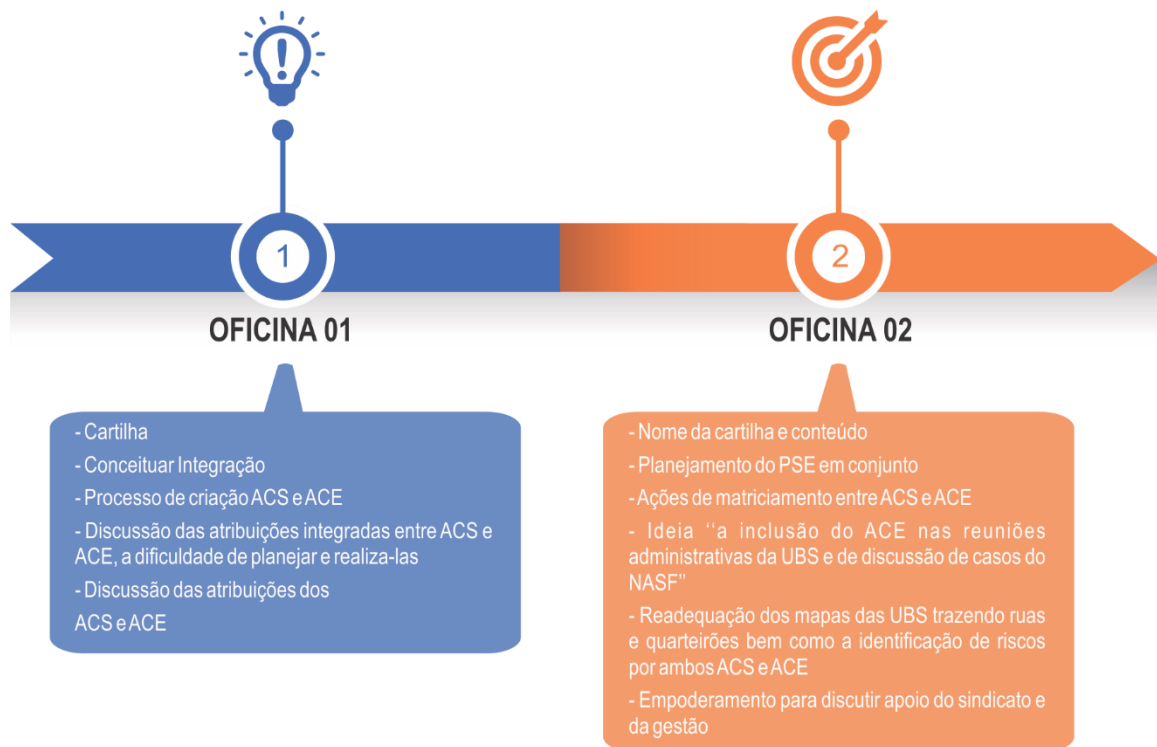
UBS: “os ACE poderia participar da reunião de discussão de casos com o Nasf ou na nossa reunião administrativa”.

Alguns autores^{103, 104} analisam que a reunião em conjunto da eqSF e ACE é um instrumento do processo de trabalho em potencial para conseguir realizar as ações de maneira integral. Já uma pesquisa realizada em Patos de Minas – MG¹⁰⁵, mostra que os ACE tem dificuldade em expressar-se durante as reuniões com as eqSF e sentiam-se desvalorizados.

A finalização deste momento se deu com uma frase que representa as lutas, as vitórias e o propósito desse projeto de intervenção para os profissionais ACS e ACE: “a gente é forte juntos, unidos”.

Observou-se que as ideias apontadas pelos ACS e ACE como estratégias para promover a integração entre eles partiram de discussões anteriormente realizadas durante a primeira Oficina de Integração ACS e ACE (Figura 8). Confirmando estudo¹⁰⁶ que relata características do processo de EPS, como responsável por estimular reflexões e ideias sobre as próprias práticas, podendo construir maior significado para o desenvolvimento de suas ações.

Figura - 8 Fluxograma das Oficinas de Integração ACS e ACE.



Combinamos que a próxima Oficina seria um encontro para compartilhar as experiências dos planejamentos e ações realizadas pelos participantes, bem como quais as dificuldades e melhores estratégias, para isso utilizaremos do Carrossel Pedagógico como metodologia facilitadora. As ideias foram de sistematizar as experiências em cartazes, com descrição das atividades e fotos. Além disso, foi idealizado um convite para que alguns coordenadores ou representantes (Atenção Básica/Nasf-AB, Conselho Municipal de Saúde, Vigilância em Saúde, Sindicato e Associação dos ACS e ACE) pudessem prestigiar estas experiências (Figura 9).

Figura - 9 Convite para a mostra de experiências e debate da Oficina Integradas entre ACS e ACE em Camaragibe – PE.



Fonte: O autor

Logo após, foi perceptível pelo pesquisador a vontade de fala dos participantes, por isso, a dinâmica final foi realizada em círculo com a fala aberta para quem quisesse se expressar sobre algo (Figura 10). Dentre as falas, que se repetiam, destacaram-se:

“essas Oficinas são uma porta para visitar nosso passado bom”, “lindos esses momentos, antigamente nos se encontrava mais, uma pena que não temos isso com frequência”, “importante essa valorização de tá aqui reunidos, debatendo, e de alguém querer nos escutar”, “agradeço esses momentos, de escuta e que um veterinário que teve a sensibilidade de trazer isso pra gente, porque a gente tava tudo esquecida”, “a gente diz isso porque nunca esperava que um veterinário fosse lembrar da gente, mas a gente já sabe o quanto tu gosta da gente, obrigado”, “oficinas maravilhosas, muito bom estar unidos”, “poderíamos fazer encontro com outros territórios também”, “vamos arrebrantar na próxima oficina mostrar as experiências”.

Figura - 10 Dinâmica final da Oficina de integração ACS e ACE no município de Camaragibe - PE.



Fonte: O autor

A autora de um estudo realizado em uma região de São Paulo⁸⁶, que utilizou a EPS como dispositivo para cogestão, conseguiu demonstrar que essa pedagogia foi capaz de aumentar o potencial de resolutividade dos problemas, diminuição dos sentimentos de sofrimento com o trabalho, como sensação de perda de pertencimento, angústia e desvalorização, atribuindo a EPS como estratégia com a capacidade de possibilitar a participação dos diferentes atores envolvidos e sua qualificação.

6.4 A preceptoria enquanto ferramenta no processo de integração ACS e ACE

A aproximação ensino-serviço é imprescindível para que se materializem transformações efetivas na formação de recursos humanos no campo da saúde no Brasil, bem como para que a produção de conhecimento cause impacto significativo nos indicadores de saúde e na qualidade da atenção prestada no SUS.

O município de Camaragibe – PE, possui convênio com a UFRPE desde 2014, quando passou a receber residentes do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde de Medicina Veterinária no intuito destes cumprirem a carga horária referente à Saúde Pública. Inicialmente, os residentes faziam sua vivência apenas na Vigilância em Saúde, quando em

2017, após entrada de um profissional médico veterinário em um Nasf-AB do município, houve a oportunidade de dividirem a carga horária prática realizada na Vigilância em Saúde, que ficariam os R1 (residentes ano 1), com a AB, onde receberia os R2 (residentes ano 2), mais especificamente no Nasf-AB.

Em 2018, a residente chegou ao Nasf-AB Vila da Fábrica, mas anteriormente, ainda quando R1, houve algumas experiências de integração entre Vigilância e Nasf-AB. Essas experiências, como reuniões de matriciamento, discussão de casos que necessitavam da intersetorialidade, já estavam sendo estimuladas pela própria gestão da Vigilância em Saúde e do Nasf-AB pensando no fortalecimento da RAS. Essas ações também foram importantes para a escolha do tema da intervenção.

Durante reuniões de preceptoria ao longo do ano, foram discutidos sobre vários temas e ações, dentre eles os papéis dos ACS e ACE e percebemos que estas categorias, embora estivessem nas UBS, ou nas ruas, não havia uma relação de trabalho. Estas relações foram discutidas ainda na reunião de discussão de casos com as eqSF do território 1, que falaram da dificuldade de realizar ações integradas com os ACE.

Após esta nossa análise, foram realizadas algumas ações em que estivessem presentes as duas categorias, como visitas domiciliares sobre maus tratos, e oficina sobre a Esporotricose. Essas ações, embora pontuais, foram importantes na compreensão desse processo de trabalho e na decisão de como escolhemos os temas, as metodologias e os momentos das Oficinas de integração ACS e ACE.

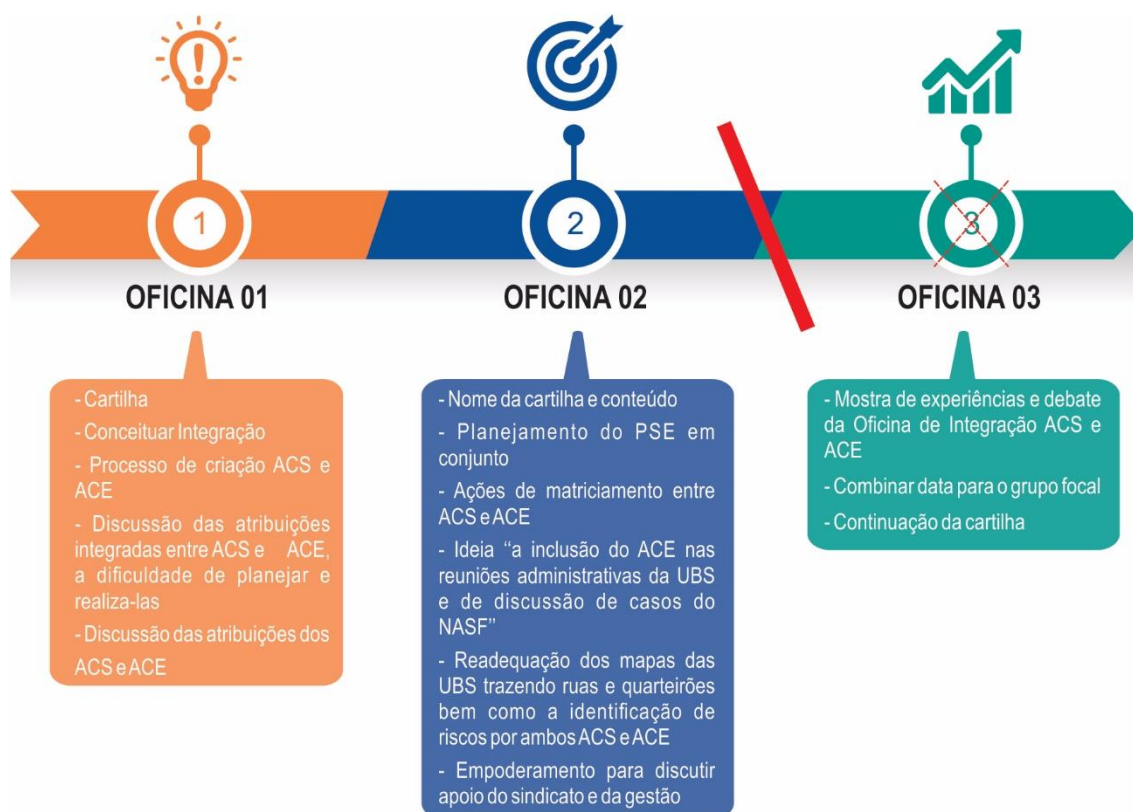
A consistência da relação ensino-aprendizagem, foi um processo, para ambos, preceptor e residente, desenvolvido durante a preceptoria, através da construção de pensamentos críticos a partir da realidade do território e da prática diária, utilizando-se da construção compartilhada e integrada dos saberes, qualificando não somente a residente como também o preceptor, corroborando com o estudo de Medeiros⁸⁶ quanto a importância do aprendizado dentro do espaço de trabalho resultando em melhor qualificação profissional.

A RMS se torna muito importante para a difusão do trabalho da medicina veterinária dentro da Saúde Pública, seja na Vigilância em Saúde ou na APS, principalmente quando observados os currículos dos principais cursos de Medicina Veterinária do Brasil, onde a carga horária para a área de Medicina Veterinária Preventiva e Saúde Pública somam 11,64%¹⁰⁷.

6.5 Oficina de Integração ACS e ACE 3: “mostra de experiências e debate”

A terceira Oficina de Integração ACS e ACE não foi realizada pois houve alguns fatores que impediram a continuidade do projeto. Deste modo, alguns passos não foram possíveis de serem realizados (Figura 11).

Figura - 11 Fluxograma das Oficinas de Integração ACS e ACE, destacando a interrupção do projeto de intervenção.



Fonte: O autor

A Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe – PE, no uso de seu poder, exonerou todos os profissionais que compunham os 5 Nasf-AB, incluindo o pesquisador, bem como exonerou todos os profissionais do Consultório na Rua e Academia da Saúde, também demitiu 34 Auxiliares de Serviços Gerais das UBS, noticiou o fechamento do único hospital do município, reduziu o quadro de funcionários dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e Droga (AD), Transtorno e Infantil.

Diante do desmonte da saúde instalado pela prefeitura de Camaragibe – PE, houve

conversa com os ACS e ACE participantes das oficinas e de comum acordo observou-se que o momento pede luta pelo SUS e o que ele representa para a sociedade, principalmente, neste momento, para os munícipes que ficaram desassistidos por estes profissionais, bem como a sobrecarga da eqSF no que diz respeito ao matriciamento das demandas especializadas, antes realizadas pelos profissionais do Nasf-AB.

É importante salientar, que mesmo não havendo a terceira oficina, os ACS e ACE realizaram durante esse espaço de tempo, o planejamento e as ações integradas no território e estavam dispostos a dar continuidade às ações em conjunto, visto a discussão durante as oficinas.

7 AVALIAÇÃO

Para avaliar o projeto de intervenção, foram definidas algumas metas, que pudessem nortear a execução deste projeto de intervenção (Quadro 1).

Quadro - 1 Descrição de atividades e metas para avaliação do projeto de intervenção.

| DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE | METAS | QUANTIDADE REALIZADA | OBSERVAÇÃO |
|--|----------------------|-----------------------------|---|
| Oficinas de Integração ACS e ACE | 3 Oficinas | 2 Oficinas | |
| Participação dos Profissionais ACS e ACE | 68 Profissionais | 56 | Não participaram profissionais que estavam de férias e/ou licença médica. |
| Realização de reunião entre ACS e ACE para planejamento e avaliação de ações | 10 (uma por mês/UBS) | 2 por UBS | |
| Realização de grupo focal com representação das categorias ACS e ACE das 9 UBS | 1 | Não houve | Etapa posterior a oficina não realizada. |

Fonte: O autor

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na intervenção realizada foi perceptível o impacto que a EPS conseguiu realizar para o fortalecimento das ações integradas entre ACS e ACE. A promoção do diálogo entre estes sujeitos é uma importante estratégia para a aproximação das categorias, que estimula a descoberta de atribuições, o compartilhamento de problemas e possíveis soluções, o surgimento de ideias que podem ou não se complementar, e que resultam na construção de novos saberes e práticas.

Contudo, é preciso lembrar que os saberes e práticas passam por processos dinâmicos contínuos, dependente, principalmente, da demanda do território em que atua e por isso necessita de reflexões permanentes sobre o processo de trabalho destes sujeitos, através de um acompanhamento das gestões de Atenção Básica e Vigilância em Saúde, estes por sua vez também precisarão trabalhar integrados, para conseguir entender as mudanças e dar o suporte necessário a esses profissionais para a realização desses novos saberes e práticas.

A formação em medicina veterinária, quanto à Saúde Pública, dá ênfase na área de vigilância ambiental e epidemiologia, com aulas teóricas e práticas, facilitando assim a compreensão do funcionamento desses setores, assim como experiência de trabalho com ACE, deste modo, saliento a importância do médico veterinário que integra o Nasf-AB, que acumula a experiência de trabalho com os ACS, como condutor desse processo de integração.

A preceptoria também foi um fator a ser considerado como positivo, pois a residente provocou o preceptor em várias situações para a realização de ações integradas com a vigilância em saúde.

A aplicação do projeto de intervenção demonstrou grande potencialidade, principalmente quanto os aspectos de valorização profissional, empoderamento e protagonismo dessas categorias tão importantes na AB, sendo perceptível que mesmo algumas das etapas planejadas não tenham sido finalizadas, como a cartilha, a realização do grupo focal e a apresentação das experiências exitosas, os ACS e ACE tinham ferramentas suficientes para realizar melhor um trabalho integrado no território de saúde 1 de Camaragibe – PE.

Neste sentido, posso afirmar que investir na EPS para promover a integração entre ACS e ACE é uma ferramenta em potencial que deve ser utilizada, por se tratar de uma ação que qualifica o serviço e tem como a maior referência o usuário, que necessita de ações de saúde de forma integral, equânime e para todos.

REFERÊNCIAS

1 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999**. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n 51, de 14 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm. Acesso em: 13 mar. 2019.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 195 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 21).

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: zoonoses**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 228 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 22).

5 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.007, de 4 de maio de 2010**. Regulamenta a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família, de 14 de maio de 2010. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html. Acesso em: 09 fev. 2019.

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das Diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Seção 1, p. 68-76. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018. Seção 1, p. 3-4. Disponível em: <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/42/2018/13595.htm>. Acesso em: 25 nov. 2018.

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 01. nov. 2018.

9 LIBANIO, K. R. **A construção da integralidade nas práticas em saúde**: o processo de implantação das ações de vigilância da dengue na estratégia de Saúde da Família do município de Piraí-RJ. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.203 de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Seção 1, p. 48-55. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1491012/pg-55-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-06-11-1996?ref=goto>. Acesso em: 02 fev. 2019.

11 ARAUJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção das doenças. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 1, p. 19-25, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2019.

12 BRASIL. Ministério da Saúde. **Cem anos de saúde pública**: a visão da FUNASA. Brasília: Ministério da Saúde: FUNASA, 2004. 230p.

13 BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. Brasília: Ministério da Saúde: FUNASA, 2002. 32p.

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

15 HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Opinião. **Cad Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 5331-5336, 2004.

16 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Incorporação dos Agentes de Combate às Endemias nas equipes do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Conass, 2010. (Nota Técnica, n. 04/2010).

17 NORONHA, J. C.; PENNA, G. O. Entrevista. **Rev Bras Saúde Fam**, Brasília, v. 8, n. 16, p. 4-5, 2007.

18 BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Seção 1, p. 1-5. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 13 nov. 2018.

19 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, 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. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 13 jan. 2019.

20 IBGE. **Panorama da cidade de Camaragibe**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/camaragibe/panorama>. Acesso em: 14 nov. 2018.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimentos de Saúde de Camaragibe-PE**. Brasília, 2018. Disponível em: cnes.datasus.gov.br. Acesso em: 01 nov. 2018.

22 KLUTHCOVSKY, A.; TAKAYANAGUI, A. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 23-29, 2006. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/23>. Acesso em: 23 fev. 2019.

23 MÉDICI, A. C. **Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a Reforma Sanitária**. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 409-422, 1986.

24 TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, n. 7 v. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2019.

- 25 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Relatório final**. Genebra: OMS: UNICEF, 1978. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5. Acesso em: 20 fev. 2019.
- 26 RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde**. Brasília: MS, 1998. p.7-17.
- 27 PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p.
- 28 STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. **Contribution of primary care to health systems and health**. New York: Milbank Q, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.
- 29 SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, SP, v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.
- 30 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS, 1997. 36p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 19 fev. 2019.
- 31 MEDEIROS, C.N.; PINHO NETO, V. R. **Análise espacial da extrema pobreza no Estado do Ceará**. Ceará: Ipece, 2010. Disponível em: http://www.ipece.ce.gov.br/encontro_economia/vii_encontro/artigos/ANALISE_ESPACIAL_DA_EXTREMA_POBREZA_NO_ESTADO_DO_CEARA.pdf. Acesso em: 2 mar. 2019.
- 32 OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.
- 33 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: MS, 2013. Seção 1, p. 171. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 02 mar. 2019.

- 34 PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503, 5a ed.
- 35 PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.
- 36 BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 355, de 27 de novembro de 2003**. Institui a Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc. Acesso em: 13 fev. 2019.
- 37 BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2019.
- 38 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2019.
- 39 FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.
- 40 PEDUZZI, M.; GUERRA, D. A. D.; BRAGA, C. P.; LUCENA, F. S.; SILVA, J. A. M. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-34, 2009.
- 41 BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**: polos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 42 GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J.; MENDONÇA, F. F. Percepções de participantes quanto ao curso de ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. **Rev Bras Educ Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2009.

43 MENDONÇA, F. F. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: percepções de tutores e facilitadores.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007. 138p.

44 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. Brasília, DF: MS, 2008. 10 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em 24 fev. 2019.

45 WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública.** Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto – SP, 2005. 336p.

46 LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-28, 2006.

47 BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.4 de 7 de Novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0401Medicina.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

48 BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002. Seção 1, p.10. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0302Odontologia.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

49 BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001. Seção 1, p.37. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/0301Enfermagem.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

50 BRASIL. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-pl.html>. Acesso em: 28 fev. 2019.

51 BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde: Ministério da Educação, 2005. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192. Acesso em: 28 fev. 2019.

52 NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

53 OLIVEIRA, A. F. **Confiança do empregado na organização: impacto dos valores pessoais, organizacionais e da justiça organizacional**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF, 2004. 259p.

54 FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

55 ROGERS, C. R.; ROSENBERG, R. L. **A Pessoa com Centro**. São Paulo: EdUSP, 1997.

56 CUNHA, M. I. **O professor universitário na transição de paradigmas**. Araraquara: J.M. Editora, 1998.

57 PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências sociais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

58 ÍÑIGUEZ, L. La Psicología Social en la encrucijada postconstruccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In: GUARESCHI, N. **Estratégias de invenção do presente** – a Psicologia Social no contemporâneo. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. P.15-53.

59 SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004. 3ª ed.

60 DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev Gaúcha Enf**. Porto Alegre – RS, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

61 LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. **Depoimentos e discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livros Editora, 2005.

- 62 CODO W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. **Saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 173-190.
- 63 MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.
- 64 CREMONESE, G. R.; MOTTA, R. F.; TRAESE, E. S. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cad Psicol Soc Trab**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 279-293, 2013.
- 65 BRASIL. **Proposta de Emenda à Constituição (PEC) N. 07, de 2003**. Acrescenta §§ ao Art. 198, ambos da Constituição Federal, determinando a contratação, pela administração pública municipal, de agentes comunitários de saúde através de processo seletivo público. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=106071>. Acesso em: 01 mar. 2019.
- 66 SINDSPREV/RJ. **Possibilidade de efetivação é incluída na PEC 007 pelo Senado**. Jornal do Sindsprev, Rio de Janeiro, 2006. Ano 15.
- 67 BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Cien saude colet**, Rio de Janeiro v. 16, n. 12, p. 4803-4814, 2011.
- 68 OLANIRAN, A.; SMITH, H.; UNKELS, R.; BAR-ZEEV, S.; VAN DEN BROEK, N. Who is a Community health worker? – a systematic review of definitions. **Glob Health Action**, Suécia, v. 10, n. 1, p 1-13, 2017.
- 69 MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.
- 70 FEITOSA, A.; RAMOS, M. N. Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências. **Relatório Final de Pesquisa**. Rio de Janeiro: OPAS: Fiocruz, 2017.
- 71 FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. A interação entre avaliação e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, esp. 38, p. 343-357, 2014. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600343&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

11042014000600343&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 fev. 2019.

72 CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266. 2. ed.

73 RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-46, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>. Acesso em: 08 fev. 2019.

74 CONCEIÇÃO, M. L. C.; CAVALCANTI, C. L. C. Avaliação dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) na Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) do Restaurante Universitário da UFPB. **Rev. Conc.**, João Pessoa, v. 4, n.5, p. 105-108, 2001.

75 GUIDA, H. F. S.; SOUZA, K. R.; SANTOS, M. B. M.; SILVA, S. M. C. L.; SILVA, V. P. As relações entre saúde e trabalho dos agentes de combate às endemias da Funasa: a perspectiva dos trabalhadores. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 858-870, 2012.

76 BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. In: NOBRE, L. C. C.; MOTA, M. C. T.; SANTANA, O. A. M.; CASTRO, J. S. M.; BLAUTH, A. M.; CONCEIÇÃO FILHO, J. N. **Orientações Técnicas para Proteção da Saúde dos Agentes de Saúde**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado, 2012. 38p.

77 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 83, de 10 de janeiro de 2018**. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE) no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/janeiro2018/dia12/portaria83.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

78 NOGUEIRA, M. L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos agentes comunitários de saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva**. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. 541p.

- 79 NOGUEIRA, M. L.; BARBOSA, I. C. Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde: quando uma formação profissional se torna mais uma ameaça ao SUS. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-396, 2018.
- 80 SCHNEIDER, J. F.; SOUZA, J. P.; NASI, C.; CAMATTA, M. W.; MACHINESKI, G. G. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre – RS, v. 30, n. 3, p. 397-405, 2009.
- 81 AGUILAR, S. R.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba – SP, v. 16, n. 1, p. 165-184, 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772011000100009&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 08 fev. 2019.
- 82 BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento de Índices do Aedes aegypti – LIRAA – LIA**: 07 de junho de 2018. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/07/Municipios-LIRAA-.pdf>. Acesso em: 24 fev.. 2019.
- 83 CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- 84 VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- 85 VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- 86 MEDEIROS, N. M. H de. **Educação Permanente como dispositivo de co-gestão**: a concepção dos profissionais de saúde da família do Conselho de Acompanhamento da Atenção Básica (CONACO). Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2011. 168P.
- 87 FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2003. 37a. ed.
- 88 OLIVEIRA, P. C.; CARVALHO, P. A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, p. 219-230, 2007.
- 89 ZANETTI, M. L.; BIAGG, M. V.; SANTOS, M. A.; PÉRES, D. S.; TEIXEIRA, C. R. S. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 186-192, 2008.

- 90 ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis – SC, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.
- 91 REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, v. 20, n. 1, [08 telas], 2012.
- 92 CAMARAGIBE. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde: Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Boletins Epidemiológicos de 2014 a 2018**, Camaragibe – PE, 2019.
- 93 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica: indicadores 2003**. Brasília, DF, 2004.
- 94 FRANÇA, I. **Sistema de Informação da Atenção Básica: um estudo exploratório**. Tese [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- 95 COSTA, E. M. S.; CUNHA, R. V.; COSTA, E. A. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Dengue em dois municípios fronteiriços do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 1-12, 2018.
- 96 MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre – RS, v. 31 n. 2 p. 314-320, 2010.
- 97 HAESBERT, R. **O mito da desterritorialização: do “fim do território” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2004. 400p.
- 98 SILVA FILHO, A. P. C.; PEREIRA, M. P. B. Triangulação de métodos aplicada ao trabalho dos agentes de saúde no município de Campina Grande – PB. **Hygeia**, Uberlândia, v. 9 n. 16, p. 169-181, 2013.
- 99 SANTIAGO, L. M.; RODRIGUES, M. T. P.; OLIVEIRA JUNIOR, A. D.; MOREIRA, T. M. M. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020&lng=en. Acesso em: 09 abr. 2019.

100 CESARINO, M. B.; DIBO, M. R.; IANNI, A. M. Z.; VICENTINI, M. E.; FERRAZ, A. A.; CHIARAVALLOTI NETO, F. A difícil interface controle de vetores - atenção básica: inserção dos agentes de controle de vetores da dengue junto às equipes de saúde das unidades básicas no município de São José do Rio Preto, SP. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1018-1032, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000301018&lng=en. Acesso em: 09 abr. 2019.

101 COSTA, C. S.; ROCHA, A. M.; SILVA, G. S.; JESUS, R. P. F. S.; ALBUQUERQUE, A. C. Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Saude Deb.**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 229-241, mar. 2017. Número especial.

102 SPERONI, K. S.; FRUET, I. M. A.; DALMOLIN, G. L.; LIMA, S. B. S. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Rev Cuid.**, Bucaramanga, Colômbia, v. 7, n. 2, p. 1325-1337, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200010&lng=en. Acesso em: 09 abr. 2019.

103 GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n 1, p. 231-240, 2011.

104 PEDROSA, I. L.; LIRA, G. A.; OLIVEIRA, B.; SILVA, M. S. M. L.; SANTOS, M. B.; SILVA, E. A.; FREIRE, D. M. C. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 319-332, 2011.

105 OLIVEIRA, M. M.; CASTRO, G. G.; FIGUEIREDO, G. L. A. Agente de combate às endemias e o processo de trabalho da equipe de saúde da família. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza – CE, v. 29, n. 3, p. 380-389, 2016.

106 CAVALCANTI, Y. W.; WANZELER, M. C. C. Educação Permanente em Saúde na Qualificação de Processos de Trabalho em Saúde Coletiva. **Ver Bras Cienc Saúde**, João Pessoa – PB, v. 13, n. 1, p. 13-20, 2009.

107 PFUETZENREITER, M. R.; ZYLBERSZTAJN, A. O ensino de saúde e os currículos dos cursos de medicina veterinária: um estudo de caso. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 349-360, 2004.

APÊNDICE A

Metodologia das Oficinas

Quadro - 1 OFICINA DE INTEGRAÇÃO 1 “A importância dos ACS e ACE para a sociedade”

| DATA | | | | |
|---------|---|---|--|---|
| HORÁRIO | CONTEÚDOS | OBJETIVOS | METODOLOGIA | RESP. |
| 13:30 | Integração em equipe | Movimentar o corpo, integração entre equipe e descontração. | Dinâmica: rede de novo – em círculo, pessoa com o novo deve pegar uma ponta e jogar o novo para outra pessoa, antes de jogar dizer seu nome, unidade de saúde e um desejo para a pessoa que vai receber o novo. O novo tem que passar por todos os participantes e por último voltar para a pessoa que iniciou a dinâmica. Material(is): novo | Pesquisador e Residente |
| 13:45 | A criação dos ACS e ACE e a importância da Integração | Refletir sobre a criação do SUS e o processo de criação dos ACS e ACE; Refletir sobre Integralidade no processo de trabalho dos ACS e ACE | 1) Breve explicação histórica Material(is): Datashow; 2) Em roda, os participantes poderão compartilhar experiências exitosas desde quando entrou no SUS respondendo a pergunta central “Para você, o que mudou na vida das pessoas após a realização do seu trabalho?”; 3) Definir “integração”. | Pesquisador e Residente |
| 14:45 | Café & Prosa | | | Pesquisador |
| 15:00 | Atribuições do ACS e ACE (Lei 13.595/2018) | Debater as atribuições dos ACS e ACE; | Separar em 4 grupos e entregar a Lei 13.595/2018 para que estes leiam as atribuições dos ACS e ACE, serão entregues cartolina para cada grupo para que eles montem: GRUPO 1 – Atividades do ACS; GRUPO 2 – Atividades de ACS com curso Técnico; GRUPO 3 – Atividades do ACE; GRUPO 4 – Atividades integradas entre ACS e ACE. Sinalizar quais destas ações já foram realizadas em conjunto e refletir causas. Material(is): Lei impressa e cartolinas | Pesquisador e Residente |
| 15:45 | Cartilha | Iniciar a elaboração da cartilha; | O que é uma cartilha? Quais os passos? | Pesquisador, Residente e demais participantes |
| 16:00 | Dinâmica final | Finalizar a oficina | Em pé, em círculo, cada um dizer uma palavra do que significou essa oficina. Terminar com abraço coletivo. | Pesquisador e Residente |

Fonte: O autor

Quadro - 2 OFICINA DE INTEGRAÇÃO 2 “O Planejamento das ações de saúde”

| DATA | | | | |
|---------|---|--|--|---|
| HORÁRIO | CONTEÚDOS | OBJETIVOS | METODOLOGIA | RESP. |
| 13:30 | Integração em equipe | Movimentar o corpo, integração entre equipe. | Dinâmica dos círculos: formam-se dois círculos, em que um fique dentro do outro, de forma que cada pessoa do círculo de dentro fique de frente a uma pessoa do círculo de fora; o círculo de dentro precisa, ao comando do facilitador, rodar para a direita; na frente de cada pessoa o comando é apenas se olhar, sem dizer uma palavra. Material(is): música suave ao fundo. | Pesquisador e Residente |
| 13:45 | Cartilha | Continuar a elaboração da cartilha; | Definir objetivo da cartilha e formato. | Pesquisador, Residente e demais participantes |
| 14:00 | Planejamento em saúde | 1) Compreender a importância do planejamento para as ações de saúde; 2) Conhecer formas de planejamento. | 1) Breve explanação sobre a importância de planejar ações de saúde Material(is): Datashow; 2) Conhecer modelos de sistematização do planejamento e escolher um que se adeque melhor Material(is): Datashow. | Pesquisador e Residente |
| 14:45 | Café & Prosa | | | Pesquisador |
| 15:00 | Planejamento de ações de saúde integradas entre ACS e ACE | Planejar ações de saúde de curto, médio e longo prazo para serem realizados de modo integrado entre ACS e ACE. | Separar os participantes em 4 ou 5 grupos e distribuir o modelo escolhido para sistematização do planejamento de ações de saúde para que as equipes possam realizar tal planejamento com ações de curto, médio e longo prazo Material(is): modelo de planejamento impresso; Instruções para carrossel pedagógico para Oficina 3. | Pesquisador e Residente |
| 16:00 | Dinâmica final | Finalizar a oficina | Dinâmica “Corredor do cuidado”: Vendados, os participantes devem formar um corredor e, orientados pelo facilitador, cada um passará por dentro da equipe, que receberá os cuidados dos demais que estão no corredor, ao som da música: “Cuidar do outro é cuidar de mim” Ray Lima Material(is): vendas e música. | Pesquisador e Residente |

Fonte: O autor

Quadro - 3 OFICINA DE INTEGRAÇÃO 3 “Os Desafios para o Planejamento e Realização de Ações Integradas”

| DATA | | | | |
|---------|--------------------------------|--|--|---|
| HORÁRIO | CONTEÚDOS | OBJETIVOS | METODOLOGIA | RESP. |
| 13:30 | Integração em equipe | Movimentar o corpo, integração entre equipe, criatividade e descontração. | Dinâmica “feira do troca”: a dinâmica consiste na utilização de balas doces de vários sabores, sendo que cada participante receberá duas do mesmo sabor; após isso, mostrar uma placa com a explicação para a troca “cada 3 balas de sabores diferentes, troca-se por um pirulito”; o intuito é que os participantes utilizem estratégias de planejamento em grupo para poder realizar a(s) troca(s). Material(is): balas e pirulitos | Pesquisador e Residente |
| 13:45 | Cartilha | Finalização da cartilha | Discussão sobre o roteiro final da cartilha. | Pesquisador e Residente |
| 14:15 | Grupo focal | Delimitação do grupo focal | Escolha de um ACS e ACE representando cada UBS para a realização do grupo focal. | Pesquisador |
| 14:45 | Café & Prosa | | | Pesquisador |
| 15:00 | Mostra de Planejamento e Ações | Demonstrar como foram realizados os planejamentos e respectivas ações de saúde em cada território. | Utilizar do carrossel pedagógico para que os ACS e ACE possam demonstrar uns para os outros como realizaram o planejamento e as ações de saúde em cada território. | Pesquisador, Residente e demais participantes |
| 16:00 | Dinâmica final | Finalizar as oficinas. | Cada um recebe uma bola de sopro seca e um pedaço de papel. O comando é escrever algo que o participante vai levar consigo das oficinas, logo após dobrar o papel e colocar dentro da bola de sopro e então encher a bola e amarrá-la. Após todos fazerem isso, cada participante vai dizer algo que deixa ali após essas oficinas, após dito estoura o balão e leva para casa apenas o papel que caiu do balão. | Pesquisador e Residente |

Fonte: O autor

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista sobre a concepção dos ACS e ACE sobre as dificuldades e importância em planejar e realizar ações de saúde de modo integrado

Função: ACS ACE

Idade: _____ **Tempo de trabalho no SUS:** _____

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto Ensino médio completo
 Graduação incompleta Graduação completa
 Pós-graduação Outra: _____

Gênero: Masculino Feminino Outro: _____

Cor/Raça: Branca Preta Amarela Indígena Parda

1 – Houve(ram) dificuldade(s) para o planejamento de ações de saúde integradas entre ACS e ACE? Se sim, qual(is)?

2 – Houve(ram) dificuldade(s) para a realização de ações de saúde integradas entre ACS e ACE? Se sim, qual(is)?

3 – Qual(is) a(s) melhor(es) estratégias para planejar e realizar as ações de saúde integradas entre os ACS e ACE?

4 – Há importância em realizar de ações de saúde de forma integrada entre ACS e ACE? Se sim, qual(is)?

Fonte: O autor

APÊNDICE C

Guia de Planejamento e Avaliação das ações integradas ACS e ACE

Quadro - 1 Guia para planejamento e avaliação das ações integradas entre ACS e ACE (frente)

| Data do planejamento: | | | | | | |
|------------------------------|------------------|----------------|---|--------------|----------------------------------|--------------|
| TEMA | OBJETIVOS | PÚBLICO | ESTRATÉGIAS / AÇÕES A SEREM REALIZADAS | PRAZO | MATERIAIS NECESSÁRIOS | RESP. |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Fonte: O autor

Quadro - 2 Guia para planejamento e avaliação das ações integradas entre ACS e ACE (verso)

| Observações/avaliações (pontos positivos, pontos limitantes): |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Fonte: O autor