Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Carlana Santos Grimaldi Cabral de Andrade

Agentes comunitários de saúde e os desafios da educação permanente: reflexões sobre a experiência do Programa Telessaúde Brasil – Núcleo Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2011

Carlana Santos Grimaldi Cabral de Andrade

Agentes comunitários de saúde e os desafios da educação permanente: reflexões sobre a experiência do Programa Telessaúde Brasil – Núcleo Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.ª Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A553 Andrade, Carlana Santos Grimaldi Cabral de.
Agentes comunitários de saúde e os desafios da educação permanente : reflexões sobre a experiência do Programa Telessaúde Brasil – Núcleo Rio de Janeiro / Carlana Santos Grimaldi Cabral de Andrade. - 2011.
119 f.

Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Auxiliares de saúde comunitária - Educação. 2. Enfermagem – Estudo e ensino (Educação permanente). 3. Ensino a distância. 4. Teleconferência em enfermagem. 5. Enfermagem – Ensino auxiliado por computador. 6. Programa Nacional de Telessaúde (Brasil). I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Carlana Santos Grimaldi Cabral de Andrade

Agentes comunitários de saúde e os desafios da educação permanente: reflexões sobre a experiência do Programa Telessaúde Brasil – Núcleo Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 14 de março de 2011.

Banca examinadora:

_____
Prof.ª Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

_____
Prof.ª Dra. Sonia Acioli de Oliveira
Faculdade de Enfermagem da UERJ

_____
Prof.ª Dra. Vera Joana Bornstein
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, meus queridos filhinhos e esposo, e à minha irmã, que se dispôs a sair de sua residência em outro estado para me ajudar com Enzinho.

AGRADECIMENTOS

Primeiro tenho que agradecer a Deus por tudo que tenho. Este agradecimento é especial, pois Ele me deu forças para superar os momentos mais difíceis desta caminhada e foi a quem eu sempre recorria através dos meus pensamentos.

Aos meus pais, Ana Lucia Santos e Antônio Carlos Santos, por tudo que me ensinaram, pela pessoa que sou hoje. Em especial por minha mãe por todo apoio que sempre me deu nos momentos mais difíceis da minha vida.

Aos meus dois filhinhos, Duda e Enzinho – presentes de Deus.

As minhas quatro irmãs, obrigada meu Deus, por tê-las.

Ao meu esposo, que me ajudou e colaborou com muitas interpretações e cuidando muitas vezes das crianças para eu poder mim dedicar mais.

À minha orientadora, Helena David, pela oportunidade, paciência, compreensão, e por acreditar no meu potencial ainda em crescimento e também por nos momentos difíceis que passei da gestação e pós-parto em meio ao mestrado ter sido solicita, me apoiado nesta jornada, muito obrigada.

Aos meus queridos amigos do Telessaúde. Temos muito pela frente!

À Coordenadora do Projeto Telessaúde, professora Alexandra pelo apoio dado à enfermagem.

À Coordenadora Cientifica do Telessaúde, Lilian Bering, pelo seu dinamismo e apoio.

Ao professor Haroldo Matos que, com muita paciência, foi de grande auxiliou na análise deste trabalho.

A Cristiane Damazzo, Kalina e Celeste Couto que me ajudaram de forma ímpar na revisão final, vocês foram essenciais para este sonho.

Aos queridos funcionários da Secretária da Pós-graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Fabíola, Marcello e Renan no momento aposentado. Obrigada pela paciência e carinho de vocês.

Às minhas queridas amigas que fui conquistando no decorrer desta caminhada: Luciana, Sonia, Magda, Monique, Samar, entre outras. Às minhas grandes companheiras da residência do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) – Paula, Cristiane, Úrsula, Lísia, Danusa. Que Deus abençoe a todas.

À enfermeira Isabel Alves de Mendonça Dantas, à enfermeira Telma, coordenadora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1994 – que me fez conhecer o referido Programa – e a todos os demais enfermeiros: Adilson, Fátima, Téssia, Célinha, entre outros, lotados na 12ª Diretoria Regional de Saúde (12ª DIRES) – Serrinha, Bahia –, além do pessoal da parte administrativa desta Regional. Meus sinceros agradecimentos pelos anos de caminhada juntos e pelo apoio que me deram enquanto estive com vocês, e, acredito, longe também.

Quero agradecer especialmente, também, aos suplentes desta banca, a Dra. Alexandra Monteiro – Coordenadora do Projeto Telessúde Brasil, Núcleo Rio de Janeiro – e ao Dr. Gustavo Correa Matta pela aceitação em participar de minha banca e por suas contribuições muito significativas para o enlace final deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos que, de longe, em sentido territorial, torceram por mim.

RESUMO

ANDRADE, Carlana Santos Grimaldi Cabral de. **Agentes comunitários de saúde e os desafios da educação permanente**: reflexões sobre a experiência do Programa Telessaúde Brasil – Núcleo Rio de Janeiro. 2011. 119f Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Este estudo traz uma reflexão sobre os desafios de educação permanente dos Agentes comunitários de Saúde inseridos no projeto Telessaúde/Rio de Janeiro. Temos como objetivo geral discutir o processo de educação permanente desses colaboradores inseridos no Projeto Telessaúde, Núcleo Rio de Janeiro, ressaltando os usos reais e potenciais das ferramentas da educação à distância, na perspectiva da educação crítica. Os objetivos específicos são: descrever o perfil demográfico de utilização de ferramentas de educação permanente a distância de Agente comunitário de saúde (ACS) do Estado do Rio de Janeiro inseridos no Telessaúde RJ, segundo as regiões administrativas do Rio de Janeiro; descrever e analisar a participação dos ACS no Telessaúde RJ durante o ano de 2009 nas atividades de teleconferências; discutir, com base na participação dos ACS no Telessaúde RJ, o papel da mediação da internet e das ferramentas do Telessaúde RJ no seu trabalho, na perspectiva pedagógica crítica. A metodologia utilizada é quali-quantitativa, no intuito de descrever, quantificar e classificar os dados em relação aos ACS que estão inseridos no Telessaúde. A coleta de dados se deu a partir de um relatório das oficinas presenciais e da análise de 100 formulários preenchidos pelos ACS nos *workshops* realizados nas regiões administrativas do Rio de Janeiro e no registro de teleconferências. Resultados: o relatório das oficinas nos mostrou que os ACS vêem no Telessaúde não só um espaço para troca de experiências, mas também para a educação permanente em serviço. Foi evidenciando na análise dos formulários, que a faixa etária na amostra de 100 dos ACS é de 23 a 38 anos com 59 ACS. Além disso, observou-se que os ACS utilizam a internet diariamente, com predominância do vinculo empregatício por CLT, acessam SIAB e DATASUS com frequência, realizam trabalho multidisciplinar com médicos e enfermeiros, propõem temas para capacitações pelo Telessaúde, em relação à assistência às teleconferências de 555 ACS no ano de 2009. Concluímos que a inserção do ACS no Telessaúde, com vistas à educação permanente, é uma real possibilidade e o estudo nos mostrou que eles vêem esta proposta do Ministério da Saúde como inovadora e viável.

Palavras-chave: Profissional de saúde. Educação permanente. Educação à distância. Telessaúde.

ABSTRACT

This study reflects on the challenges of continuing education for the staff of Community Health Telehealth, being part of the project in Rio de Janeiro. We have as a general objective: to discuss the process of continuing education for ACS inserted in Telehealth Project, Rio de Janeiro, emphasizing the uses, actual and potential tools of distance education from the perspective of critical education. Specific Objectives: to describe the demographic profile of usage of tools for lifelong learning at a distance of ACS of Rio de Janeiro RJ inserted in Telehealth, according to the administrative regions of Rio de Janeiro; to describe the participation of the ACS for the RJ Telehealth, in year 2009 as well as the activities of teleconferencing, to discuss, based on participation in the ACS Telehealth RJ, the mediating role of the Internet and RJ Telehealth tools in their work, the critical pedagogical perspective. The methodology is quali-quantitative, in order to describe, quantify and classify data in relation to the ACS that are inserted in Telehealth. Data collection took place from a report of the workshops, and the analysis of 100 completed forms by the ACS in workshops held in the administrative regions of Rio de Janeiro, and the record teleconferences. Results: related to the report of the workshops It showed us that they see the ACS Telehealth not only as a space for exchanging experiences, but as a space for continuing education in service. It was evident in the analysis of the forms in relation to age in the sample of 100 of these ACS were ranging from 23 to 38 years with 59 CHA, the ACS uses the Internet daily, with majority of employment contract by CLT, with access SIAB And DATASUS often perform multidisciplinary working proposes topics for training for Telehealth, and assists with the ACS conference of 555 in 2009. We conclude that the insertion of ACS in Telehealth, aiming at continuing education is a real possibility, and the study showed us that they see this proposal from the Ministry of Health as an innovative and viable.

Keywords: Health professional. Continuing education. Permanent education. Telehealth.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sítio do Projeto Telessaúde Núcleo Rio de Janeiro 56

Figura 2 – Sítio das teleconferências gravadas e temáticas especificas 57

Figura 3 – Ambiente virtual da tele-enfermagem do Telessaúde Rio de Janeiro 58

Figura 4 – Ambiente virtual de teleconferências 59

Figura 5 – Mapa indicativo dos municípios cadastrados no Programa Nacional de Telessaúde – Núcleo Rio de Janeiro 110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Divisão dos ACS de acordo com vínculo empregatício cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 67

Gráfico 2 - Grau de satisfação com o trabalho cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 70

Gráfico 3 - Frequência de acesso à internet informada pelos ACS cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 72

Gráfico 4 - Frequência de acesso à internet para verificação de caixa de mensagens cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 74

Gráfico 5 - Frequência de uso do programa SIAB pelos ACS por região cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 75

Gráfico 6 - Acesso às bases de dados do DATASUS cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 77

Gráfico 7 - Temas prioritários para capacitações futuras no Telessaúde cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 78

Gráfico 8 - Realização de trabalho multidisciplinar com médico cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 81

Gráfico 9 - Realização de trabalho multidisciplinar com enfermeiros cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 82

Gráfico 10 - Participações dos agentes comunitários de saúde nas teleconferências no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Agentes comunitários de saúde cadastrados no Telessaúde Brasil - Núcleo Rio de Janeiro, segundo regiões do Estado, 2009 61

Tabela 2 – Quantitativo de ACS, por faixa etária e região, cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 62

Tabela 3 – Perfil de escolaridade dos ACS, por Região Administrativa, cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro 63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

12ª DIRES	12ª Diretoria Regional de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APs	Áreas Programáticas
AVA	Ambiente de aprendizagem virtual
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONACS	Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão de Educação e Saúde
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
EAD	Educação a distância
EFTS	Escola de Formação Técnica em Saúde Professor. Jorge Novis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPERJ	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FEBACS	Federação Baiana dos Agentes Comunitários de Saúde
FLB	Formulário de Linha de Base
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT/FIOCRUZ	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bassues

MEC	Ministério da Educação
MPE	Ministério Público Estadual
MPT	Ministério Público do Trabalho
N/I	Não identificado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASC	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINDACS	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Contendores de Doenças Endêmicas e Epidemiológicas do Estado da Bahia
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética e Pesquisa em Seres Humanos
SSE	Secretaria de Saúde do Estado
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta
TSRJ	Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPB	União dos Municípios da Bahia

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	**REFERENCIAL TEÓRICO**	20
1.1	**Breve histórico sobre os Agentes Comunitários de Saúde**	20
1.2	**Legislação, processo de trabalho e formação dos agentes comunitários de saúde**	22
1.3	**Educação permanente**	29
1.4	**Educação a distância e sua importância**	37
1.5	**Considerações sobre o Telessaúde**	43
2	**PERCURSO METODOLÓGICO**	50
2.1	**Campo de pesquisa e fontes de dados**	51
2.1.1	Formulário de Linha de Base	52
2.1.2	Oficinas presenciais	54
2.1.3	Teleconferências	55
2.2	**Cuidados éticos**	60
3	**ANALISE E DISCUSSÃO DE DADOS**	61
3.1	**Análise dos dados do Formulário de Linha de Base**	61
3.1.1	Perfil sociodemográfico e de escolaridade	61
3.1.2	Formação e vínculo de trabalho	65
3.1.3	Satisfação com o trabalho	69
3.1.4	Perfil de uso de tecnologias a distância	71
3.1.5	Trabalho multidisciplinar	80
3.2	**Registro de observação das oficinas presenciais**	84
3.2.1	O prazer de ser reconhecido	85
3.2.2	Momento de tensão - revolta e falta de reconhecimento	87
3.2.3	Sentimento de apreensão diante do uso da ferramenta da internet	89
3.3	**Análise da participação dos ACS via Teleconferências**	91
4	**CONCLUSÃO**	94
	REFERÊNCIAS	99
	ANEXO A - Mapa do Estado do Rio de Janeiro de acordo com os municípios cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro	110
	ANEXO B - Formulário Linha de Base – Agentes Comunitários de Saúde	111

INTRODUÇÃO

Esta dissertação desenvolveu-se a partir de um estudo cujo objeto foi o processo de educação permanente no trabalho do Agente Comunitário de Saúde, mediado pelas ferramentas do ProjetoTelessaúde Brasil Núcleo Rio Janeiro (TSRJ). O estudo integrou-se ao Projeto de Pesquisa "Abordagem Interdisciplinar das Novas Configurações e Processos de Trabalho em Saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde", coordenado pela Prof.ª Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David, professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e foi financiado pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) por meio do Edital Prioridade Rio 2007. Este Projeto Integrado agrega as seguintes instituições: Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ). Vincula-se ao Grupo de Pesquisa "Configurações do Mundo do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem", que desenvolve pesquisas de enfermagem e estudos interdisciplinares sobre as relações entre o mundo do trabalho contemporâneo e a saúde dos trabalhadores, incluindo a formação e educação para o mundo do trabalho.

As questões relacionadas ao trabalho e à educação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sempre me chamaram a atenção. Isto já ocorria na minha vida profissional, antes mesmo da graduação, desde quando prestei concurso para uma regional de saúde na Bahia, a 12ª Regional de Saúde – situada na cidade de Serrinha, onde comecei trabalhando no setor de informação e saúde, diretamente ligada ao trabalho da enfermeira responsável daquela regional pela coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta regional coordenava, na época, os serviços de 19 municípios. Embora eu não tivesse nenhum conhecimento prévio ao ingressar no trabalho, fui me familiarizando com os termos específicos do PACS, pois trabalhava com a informação em saúde, com os relatórios do PACS e toda a parte referente ao cadastro das unidades e dos ACS.

A 12ª Regional era a responsável por receber as informações mensais do PACS dos municípios agregados, e era eu a responsável por condensar tais dados e

enviá-los à Secretaria de Saúde do Estado (SSE), fazer os relatórios mensais, junto à enfermeira coordenadora do programa. Tínhamos também treinamentos presenciais na SSE e posteriormente íamos aos municípios agregados da regional realizar o treinamento presencial e isto me aproximou do trabalho destes em termos mais administrativos e pedagógicos. Éramos convocadas constantemente, eu e a enfermeira responsável pelo PACS, pelos municípios para realizar orientações, quando eles tinham dúvidas tanto em relação às mudanças sobre o programa informatizado, como também sobre o treinamento dos agentes em relação à coleta de dados.

Concluindo a graduação em Enfermagem, tive como primeiro emprego a função de coordenadora da Vigilância Epidemiológica e enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no município de Canudos, na Bahia, onde trabalhei diretamente com estes profissionais, treinando-os nas atividades de saúde pertinentes à sua competência, recebendo as demandas das comunidades através destes e articulando ações de saúde junto com estes para tentar solucionar situações das comunidades. Isto foi um grande prazer para mim, mas um grande desafio, porque eu era a referência para eles e como havia saído da faculdade e não possuía ainda experiência como profissional, tive de me ater rigidamente às atribuições do Ministério da Saúde em relação ao PACS para nortear minhas ações. Foi realmente um grande desafio.

O Município de Canudos tinha em 2004, aproximadamente 13.760 habitantes. Trata-se do município onde houve a guerra de Canudos em 1896, guerra esta que desencadeou um grave problema social. De certa forma, este episódio ainda está na memória da população até hoje.

Como uma das minhas atribuições era a de ser enfermeira do PACS, neste momento, tive contato direto com os agentes, agora como supervisora e foi aí que se apresentou o desafio mencionado: coordenar estes profissionais, que tinham muitos questionamentos e eram altamente críticos. Lembro-me que eles tinham um líder que em minha chegada foi me receber com uma lista de atividades as quais eles gostariam que eu fizesse, e o primeiro desses itens era um treinamento, pois eles estavam sem enfermeiro supervisor há mais de seis meses. Foi uma grande provocação para minha pessoa, coordenar mais de 30 agentes comunitários de saúde, cada um em uma área adscrita e com suas ansiedades e particularidades inerentes a suas comunidades.

Um dos pontos mais importantes, cobrados pelos ACS, era a educação permanente. Decidi me reunir com todos e ouvir a opinião de cada um. Escrevi tudo, analisei e então iniciamos as atividades de treinamento. Pude verificar que, ao contrário do que se pode pensar, os agentes não eram desinformados; principalmente os líderes eram altamente críticos e tinham conhecimento de muitas coisas. Sabiam, por exemplo, quando e qual valor financeiro era depositado fundo a fundo pelo Governo Federal para o Programa, tinham acesso à internet numa cidade pequena próxima. Não deixavam o salário ficar atrasado e participavam de atividades de organização política da categoria. Tinham informações de tudo o que estava acontecendo no Brasil a respeito de sua profissão.

Durante um ano estive neste município exercendo a função, tendo a oportunidade de conviver diariamente com esses trabalhadores. Nesse momento pude obter bastante conhecimento e tive a oportunidade de troca de vivências e sentimentos. Ainda neste período, acompanhando os ACS, percebi contradições em seus trabalhos, vi que muitos trabalhavam com seriedade, enquanto outros manipulavam dados para registrar sua produção. Alguns agentes desejavam contribuir ao máximo e andavam quilômetros a pé,em uma terra extremamente árida e quente para tentar mudar a realidade daquelas pessoas extremamente carentes de tudo. Muitos realmente ficavam tristes por não conseguirem resolver situações aparentemente simples, vendo em mim uma possível solução para seus problemas.

Havia, portanto, uma necessidade de formação e capacitação por parte dos ACS despertada pelo seu trabalho cotidiano, pelas condições que precisavam enfrentar e resolver. No entanto, não se tratava de pessoas alienadas, buscavam lidar com as questões usando os conhecimentos possíveis, e diante da possibilidade de avançarem num processo de educação permanente, expressaram a importância desta para seu trabalho e para si, como sujeitos. Trata-se do homem na sua condição histórica de inacabamento, desejando ser mais e conhecer mais, como pontua Freire (2005, p. 84): “daí que seja a educação um que-fazer permanente, na razão da inconclusão dos homens e do devenir da realidade”.

Com base nestas questões iniciais e desejando ampliar minha escolaridade acadêmica, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem da UERJ. No mesmo período, passei a integrar o Projeto Telessaúde Núcleo Rio de Janeiro (RJ), parte do Programa Telessaúde Brasil, instituído pelo Ministério da Saúde em 2007.

Trata-se de um projeto de educação permanente a distância, que se utiliza de algumas ferramentas que visam proporcionar ao seu público alvo – profissionais da Atenção Básica- um ambiente de aprendizagem virtual para a qualificação de sua prática. Estas ferramentas virtuais incluem atividades interativas síncronas (em tempo real concomitante entre o emissor e o receptor), como as teleconferências, e assíncronas, como cursos virtuais e um sistema de segunda opinião formativa, no qual o profissional tem a possibilidade de enviar para teleconsultores e especialistas suas dúvidas ou casos clínicos, e receber um parecer sobre a situação enviada, com base em evidências clínicas.

O Núcleo Telessaúde RJ é composto por uma equipe multidisciplinar com médicos, enfermeiros, odontólogos, pedagogos, técnicos em informática, e funcionários administrativos para dar suporte operacional e técnico às atividades proposta pelo Programa. Sendo uma forma de propor a educação permanente no trabalho de profissionais de saúde, o Projeto Telessaúde RJ também se configurou como objeto de estudo do Grupo de Pesquisa no qual ingressei, tendo já produzido uma primeira avaliação da participação da enfermagem desde a implantação (FARIA, 2010).

Havia, desde o início da implantação do Telessaúde RJ, o desafio de integrar os ACS, uma vez que o desenho inicial do Projeto estava mais claramente voltado para as profissões de nível superior. No entanto, os ACS também se agregaram e vêm participando de algumas atividades de educação permanente a distância. Da mesma forma como já havia percebido uma atuação crítica e comprometida em ACS de outros locais, nos anos anteriores, também por ocasião da implantação do Telessaúde este profissional mostrou seu interesse em integrar a proposta. Encontrei, portanto, nesse objeto, a possibilidade de continuar estudando sobre a formação e educação permanente dos ACS.

O processo de inserção do ACS nesta modalidade educativa não é simples e nem isento de contradições. O fato de ser uma profissão ainda em estágio de consolidação e reconhecimento alia-se a questão de serem os ACS pessoas moradoras das localidades nas quais foram implantados os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. São, em geral, mulheres em busca de um emprego ou ocupação que lhes permita uma proximidade com o cuidado com a casa e a família e ao mesmo tempo, são também jovens em busca de qualificação ou oportunidade de crescimento profissional (MOTA, 2010).

A intensa mudança recente no processo de profissionalização e a ampliação expressiva do número de postos de trabalho como ACS contribuíram para o crescimento da profissão que hoje conta com mais de duzentos mil trabalhadores no país. No entanto, em cada estado, município e localidade existe um modo próprio de incorporação do ACS às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do PACS. A educação permanente é um desafio e uma questão cotidiana que tem sido enfrentada com a participação da enfermagem, uma vez que é o enfermeiro quem geralmente supervisiona e capacita os ACS. Acredito que este estudo pode contribuir para a produção de conhecimentos sobre a educação permanente no trabalho, na sua modalidade à distância, no que se refere às suas possibilidades e limites. Vale ressaltar que não se trata de um estudo avaliativo sobre o Programa Telessaúde, e sim de uma discussão sobre a educação permanente do sujeito ACS, numa perspectiva de educação crítica

A proposta do presente trabalho é descrever e caracterizar a utilização e os usos reais e potenciais das ferramentas da educação permanente através do Telessaúde – Núcleo Rio de Janeiro, como um o processo de educação permanente para os ACS que participam do Projeto.

O primeiro capítulo apresenta o referencial teórico, com a apresentação de questões relativas ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde como profissional *sui generis*, como elo entre a equipe de saúde e a comunidade, e a questão de sua educação permanente. Ressalto a participação da enfermagem como sendo a profissão que mais se articula com o ACS. Disserto sobre a educação como direito, educação permanente como processo crítico, apoiada pelos princípios da educação popular, sobre a Educação a Distância como educação permanente, e descrevo o projeto Telessaúde, Núcleo Rio de Janeiro e suas atividades.

No capitulo 2, trato do percurso metodológico que foi traçado para este estudo, explico qual abordagem usada para a análise dos dados obtidos. Foi escolhida uma metodologia quanti-qualitativa no intuito de descrever, quantificar e classificar os dados em relação aos ACS que estão inseridos no Telessaúde.

No terceiro capítulo trago os resultados e a discussão, destacando os usos das ferramentas de internet e as demandas de educação a distância (EAD) do Telessaúde RJ pelos ACS, retomando o referencial teórico.

O último capítulo traz a conclusão do estudo, onde procurei sistematizar conceitos atrelando os resultados obtidos aos objetivos respondidos, objetivei

problematizar os principais resultados e apontar as contribuições para a enfermagem e para a saúde coletiva quanto às possibilidades de estudos futuros.

O objetivo geral é discutir o processo de educação permanente dos ACS inseridos no Projeto Telessaúde, Núcleo RJ, ressaltando os usos, reais e potenciais, das ferramentas da educação à distância, na perspectiva da educação crítica.

Os objetivos específicos são: descrever o perfil demográfico de utilização de ferramentas de educação permanente a distância de ACS do Estado do Rio de Janeiro inseridos no Telessaúde RJ, segundo as regiões administrativas do Rio de Janeiro; descrever e analisar a participação dos ACS no Telessaúde RJ durante o ano de 2009 nas atividades de teleconferências; e discutir, com base na participação dos ACS no Telessaúde RJ, o papel da mediação da internet e das ferramentas do Telessaúde RJ no seu trabalho, na perspectiva pedagógica crítica.

1 **REFERENCIAL TEÓRICO**

1.1 **Breve histórico sobre os Agentes Comunitários de Saúde**

A ideia de pessoas moradoras de uma comunidade poderem atuar como facilitadores da relação entre o serviço de saúde e os moradores da sua própria comunidade não é recente. Na cultura oriental, especificamente em países como a China, a ideia de médicos de pés descalços foi concebida como estratégia de levar ações de saúde de forma simples, porém eficaz, sobretudo nas áreas rurais, nas décadas de 1960 a 1970 (DAVID, 2008).

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata. A conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de "saúde para todos no ano 2000" e recomendando a adoção de um conjunto de oito *elementos essenciais,* dos quais destacam-se, para fins deste estudo, educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle. A marca maior desta conferência foi a proposta da atenção primária de saúde (BUSS, 2000).

Em relação aos trabalhadores de saúde, Matta (2005) nos mostra que o trabalho dos ACS em relação a sua historia foi influenciado por outros profissionais, tais como as visitadoras sanitárias que iam aos domicílios, com o objetivo de realizar inspeção sanitária e estas eram supervisionadas pelos enfermeiros. Esta modalidade de trabalho estava ligada a um serviço de saúde, criado em 1942, chamado de serviço especial de saúde pública.

No Brasil, vem ocorrendo mudança nas propostas no modelo médico-assistencial, principalmente a partir do final da década de 70, sendo que, ao longo da segunda metade da década de 80, consolidou-se a transição democrática, através do reordenamento institucional, culminando com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, em 1990 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), (DAVID, 2008).

Entre a década de 1970 - 1976, foi desenvolvida, no Nordeste do Brasil, a primeira etapa do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), institucionalizada como política governamental, iniciando-se no norte de Minas e depois no Nordeste, onde teve grande êxito. Tinha como finalidade implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e propunha abarcar muitas práticas relacionadas ao meio ambiente e a problemas sanitários (SILVA; DALMASO, 2002).

Em 14 de novembro de 1979 foi aprovada, através de Decreto Presidencial, a expansão do PIASS para o período de 1980-1985, com a ampliação e manutenção da Rede Básica e reestruturação das secretarias estaduais de Saúde e implantar para outras regiões do País.

Em 1987 com a seca que ocorreu no Ceará, o governo do estado resolveu implantar o PACS. Foram contratados 6.113 agentes de saúde, pois o estado passava por uma situação crítica em relação à seca, então identificou–se esta possibilidade de empregar pessoas em atividades de promoção à saúde, nas muitas áreas carentes dos municípios, pagando aos trabalhadores com os recursos dos fundos especiais de emergência, investidos pelo Governo Federal, iniciando, assim o PACS (SILVA; DALMASO, 2002).

Esses trabalhadores tiveram treinamento de duas semanas e trabalharam de seis a doze meses, desenvolvendo ações básicas de saúde, como terapia de reidratação oral, vacinação, orientação para aleitamento materno. Em 1990, o programa já funcionava em 84 municípios com 2.905 agentes que cobriam 290.000 famílias, cobrindo um total de 40 a 100% da população (SILVA; DALMASO, 2002).

Tendo em vista os acontecimentos anteriores, o Ministério da Saúde, no ano de 1991 criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNASC), que tinha como objetivo expandir para todo território nacional a experiência do Nordeste, em especial a acontecida no Ceará, com vistas à saúde da população.

O PNACS teve êxito e logo foi transformado em PACS, em 1992, com objetivos definidos como atender ao grupo de materno-infantil e depois, ampliando seu foco, passou avaliar os hipertensos, diabéticos, entre outros.

Para ampliar o atendimento à população, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), onde a família passa ser o ponto central das atividades e atendimentos com o objetivo de compreender toda dinâmica destas famílias atendidas com intuito de buscar melhoria na qualidade de vida concernente

ao processo saúde/doença e indo até as questões mais amplas como as de ordem social, cultural, entre outras coisas (BRASIL, 1997a).

1.2 **Legislação, processo de trabalho e formação dos agentes comunitários de saúde**

O agente comunitário de saúde é um trabalhador singular e de trajetória profissional recente. Por isso, faz-se necessário reconhecer o papel deste profissional e sua atuação, tanto do ponto de vista da relação com as normativas como quanto ao uso de ferramentas educativas capazes de fortalecer sua prática.

Esse trabalho tem sido objeto de preocupação por parte de profissionais e pesquisadores da área de Enfermagem, uma vez que é o enfermeiro o responsável, segundo Portaria nº 648/GM de março de 2006, pela supervisão, acompanhamento e, com frequência, pela formação e educação permanente deste profissional (BRASIL, 2006d). Embora a legislação que cria a profissão de ACS mencione esta vinculação do enfermeiro como supervisor, é fato de que se trata de uma quase exclusividade da enfermagem, explicitada inclusive em matérias oficiais de divulgação, nos três níveis de governo, sobre o Programa de Saúde da Família (DAVID, 2008).

O enfermeiro possui atribuições de supervisão de acordo com o Ministério da Saúde, além de desenvolver ações diretamente ligadas aos ACS, estabelecendo dessa forma estreitas relações de trabalho. Portanto, representa um elemento fundamental no favorecimento de ambientes saudáveis (DAVID et al., 2008).

A primeira base legal de fundamentação e legitimação do trabalho do ACS é a Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, na qual o Ministério da Saúde reconhecia que os ACS possuem um papel importante na atenção básica. Esta mesma portaria traz, como requisitos para ser agente comunitário de saúde que este seja morador do local onde irá exercer suas atividades há pelo menos dois anos, que saiba ler e escrever, seja maior de dezoito anos, e trabalhe em tempo integral e estabelecia as atribuições do ACS (BRASIL, 1997a).

Em seguida, o Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999 fixou diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitando uma proposição

qualitativa de suas ações e evidenciando um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias (BRASIL, 1999a).

A primeira proposta a incorporar, em nível programático e nacional, o ACS foi o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que depois passou a denominar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), entendido como estratégia prioritária no nível da atenção básica à saúde no SUS. Posteriormente, o PSF passou a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF). Os ACS tanto podem fazer parte de uma equipe de ESF como do PACS.

O ACS pode ser considerado um profissional *sui generis,* caracterizado pela identificação com a comunidade de onde se origina e o pendor para a ajuda solidária. Este agente deve morar na própria comunidade, ter um perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades, e entre outras atribuições, trabalhar com famílias em base geográfica definida realizando o cadastramento e acompanhamento das famílias (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

A profissão do ACS foi criada e reconhecida legalmente como profissional pela Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002), fazendo parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e supervisionada nesse programa pelo Enfermeiro. Tal Lei foi depois regulamentada pela Lei nº 11.350/06 (BRASIL, 2006a), mas ainda não há garantia efetiva da formalização da contratação nem clareza quanto ao processo de trabalho desse trabalhador.

Na Lei nº 10.507/2002 ficaram definidos como requisitos básicos para atuação como ACS: residir na comunidade; não ter especificação de tempo de moradia; concluir o curso de qualificação para agente comunitário de saúde; e ter concluído o ensino fundamental.

Essa Lei nº 11.350/06 no artigo 6º passa a relatar sobre os requisitos para o exercício das atividades dos ACS e deve mostrar que estes devem residir na área da comunidade em que atuam desde a data da publicação do edital do processo seletivo, e haver concluído o curso introdutório. Quanto à sua escolaridade formal, estabelece-se que deve ter concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006a).

A Portaria nº 648 de março de 2006 passa a definir que a proporção de pessoas a serem atendidas pelos ACS é de 750 pessoas ou 150 famílias, corroborando a portaria anterior que foi a de nº 1886 de 1997 (BRASIL, 2006b, 1997a).

Como atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde, conta do texto da Política de Atenção Básica (BRASIL, 2006b, p. 42-43):

> este deve desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

A Lei nº 10.507 (BRASIL, 2002) trouxe grandes ganhos para a categoria dos ACS no sentido de legitimar a profissão, isto por que os ACS se mobilizaram no congresso para que ela fosse aprovada através da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), pressionando parlamentares e gestores pela regularização de sua situação profissional, exigindo os direitos associados ao trabalho e a formação adequada.

Mesmo visualizando esta vitória, alguns autores, como Castro, Vilar e Fernandes (2004) avaliam que não se avançou quanto à normatização sobre a forma de vinculação trabalhista dos ACS, ou seja, não lhes deu a condição de serem institucionalizados, com direitos trabalhistas garantidos.

Morosini (2009) relata que o Ministério Público do Trabalho (MPT) instituiu um procedimento investigatório para regularizar a contratação do ACS, fazendo uma recomendação aos gestores, que, caso não fosse cumprida, poderia impedir o repasse do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais. Foi firmado o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TAC) nº 72/2004, em 04 de agosto de 2004, no qual o Ministério da Saúde comprometeu-se a apresentar ao MPT proposta contendo a solução para a regularização dos vínculos empregatícios dos ACS, já negociada com os demais entes federativos.

O poder legislativo propôs e aprovou a Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006 (antiga Proposta de Emenda Constitucional – PEC – nº 07/03), o que tornou possível admitir os ACS por meio de concursos públicos (MOROSINI, 2009). A autora ainda relata que essa emenda foi regulamentada pela Medida Provisória nº 297 de 9 de junho de 2006, que revogou a Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, passando a ser a legislação de referência para o exercício das atividades do ACS, até outubro de 2006, quando a referida Medida Provisória foi substituída pela Lei nº 11.350.

Verifica-se, portanto, que há uma trajetória legal e normativa confusa e contraditória, com avanços e retrocessos. Isto expressa, em parte, a própria contradição inerente a uma profissão recente, que é marcada pelo trabalhar e morar num mesmo local.

Em relação ao processo de trabalho, o agente comunitário de saúde (ACS) ocupa posição singular e contraditória no trabalho em saúde na atenção básica: ele mora na comunidade e também é usuário dos serviços de saúde e, assim, conhece e enfrenta as dificuldades de acesso e resolução dos problemas, como trabalhador e morador. Por outro lado, ele é um membro de uma equipe de saúde que visa ampliar ao máximo a atenção e a resolutividade sobre os problemas de saúde das pessoas da área adscrita.

O trabalho dos ACS é um também campo de tensões na sua atuação, pois transita entre projetos terapêuticos e pedagógicos diversos e muitas vezes opostos, já que estes processos se desenvolvem no âmbito da atividade cotidiana de trabalho, e respondem a demandas não apenas institucionais, mas às sociais e políticas locais também.

É importante ressaltar que diante das necessidades, as pessoas da comunidade buscam em primeiro lugar o ACS, quer seja para uma informação, uma reclamação ou uma solução de um problema mais grave, e dele esperam uma resposta, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranquilas (HILDEBRAND, 2008).

Tendo em vista a questão da profissionalização, o Brasil tem avançado, conforme citado acima, com portarias que estabelecem atribuições e diretrizes para o trabalho do ACS e isto constitui um diferencial em relação a outros países tais como o México e o Peru, onde estes agentes são vinculados nos trabalhos ou Unidades de Saúde via iniciativas locais ou estaduais e são totalmente voluntários,

embora deva haver outras formas de retribuição do seu trabalho, que não um salário mensal (DAVID et al., 2008).

A partir dessa análise e considerando-se as singularidades e especificidades do trabalho do ACS, foram construídas as atribuições que compõem o perfil profissional deste trabalhador. O enunciado das competências explicita as capacidades às quais se recorre para a realização de determinadas atividades num determinado contexto técnico-profissional e sociocultural.

Cada atribuição proposta para o ACS expressa uma dimensão da realidade de trabalho deste profissional e representa um eixo estruturante de sua prática, ou seja, uma formulação abrangente e generalizável, de acordo com a perspectiva de construção da organização do processo de formação e de trabalho.

Os ACS devem representar o elo entre a equipe profissional e a comunidade, como facilitadores do acesso das pessoas aos serviços de saúde, entre outras ações.

A Portaria nº 2662, de 11 de novembro de 2008, considera o papel de mediador social do Agente Comunitário de Saúde, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Mesmo os ACS, tendo os dois papéis, de elo e mediador, por vezes, sofrem a resistência da população com relação às orientações e dificuldades de relacionamento com membros da comunidade, ou quanto o processo de trabalho dentro da equipe de saúde (BRASIL, 2008).

Apesar das dificuldades, é inegável o benefício que o trabalho dos ACS, que estão em atividade no país, tem proporcionado à saúde da população brasileira, com reduções dos índices de mortalidade e morbidade e melhoria nas taxas de algumas ações em saúde, acompanhado da valorização da comunidade em relação ao seu trabalho (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

Pensando-se na formação dos ACS não podemos desconsiderar que a educação é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante a Constituição, no artigo 198 de 1988.

Porém, isso já havia sido pensado e debatido em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que vinculou a questão da educação em saúde aos agentes de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde (DIAS, 1986).

A Portaria nº 1886 (BRASIL, 1997a) aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, nos itens 8.7 e 8.9, relacionados à capacitação dos ACS, onde há o seguinte relato:

> 8.7 A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde. [...]
> 8.9 O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território (BRASIL, 1997a).

Na análise do tema educação em saúde nos serviços, um outro aspecto da prática em saúde é ainda mais secundário: o de que toda ação de saúde é uma ação educativa. O processo de promoção-prevenção é também um processo pedagógico educativo, no sentido de que tanto o profissional de saúde quanto o cliente aprendem e ensinam. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos, coparticipes do processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Para colocar a educação como processo em que todos devem ter plena participação, é preciso termos consciência que este é um momento onde se pode evidenciar a possibilidade de interação entre os seres humanos. Pensando nisto foi criada a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9.394/96 da Educação Nacional das em que no artigo 1º nos diz que a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (BRASIL, 1996).

No artigo 2º lê-se: a educação do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Em relação à educação profissional, o Art. 39 da LDB nos relata que a mesma deve ser integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, conduzindo ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva (LOBO, 2000).

Em relação à formação do ACS, o Referencial Curricular está direcionado a formação técnica para atuação junto à equipe multidisciplinar. Assim, estes poderão desenvolver ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde das pessoas que compõem as áreas adscritas, seja em relação ao indivíduo ou à comunidade.

O Ministério da Saúde definiu a qualificação básica dos ACS com carga horária de 80 horas, para que o conteúdo pudesse proporcionar o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias à atuação dos ACS, podendo estes se integrar nas propostas das estratégias do Programa Saúde da Família, com o trabalho da territorialização e abordagem familiar. Prevê ainda um itinerário formativo composto por três etapas (ALVES, 2009; BRASIL, 2004b).

Em relação à capacitação dos ACS, Mota (2010), em sua dissertação, vem mostrando a experiência que está sendo realizada no Rio de Janeiro atualmente, organizada pelas equipes e pelas coordenações locais, sendo esta realizada em serviço. É importante notarmos que esta modalidade não substitui o curso técnico; é apenas uma nova concepção que está sendo introduzida. Existe hoje um curso, segundo a autora, que se intitula “Ambientação para Agentes Comunitários de Saúde”, onde os ACS são habilitados para o trabalho. Este curso foi criado em 2007 pelos profissionais na ESF e tem apresentado uma proposta de substituir, o que antes era chamado de “introdutório”. Essa nova perspectiva trouxe mais elementos sociológicos e antropológicos para os ACS, a fim de aproximar a prática profissional dos objetivos a que se propõe a ESF.

Nos últimos anos, em relação às políticas de formação do trabalhador, o MS em 2004, em defesa do direito de acesso aos trabalhadores a cursos de formação, cria o Manual-Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004b).

Segundo Mota e David (2010), esse curso é oferecido em algumas das 36 escolas que formam a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Esse curso tem como objetivo:

> preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividade. Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção das doenças por meio de processos educativos em saúde, entre outras coisas (BRASIL, 2004b p. 17-18).

Relacionado aos requisitos de acesso para o curso técnico de agente comunitário de saúde, o MS diz que este deve ocorrer da seguinte maneira:

> tendo a etapa formativa I – formação inicial: acesso a todos os agentes comunitários de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente da escolarização; b) etapa formativa II – concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino

> fundamental; c) etapa formativa III – concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio (BRASIL, 2004b, p. 18).

O curso técnico de agente comunitário de saúde está estruturado com carga horário de 1.200 horas, e procura considerar o universo do processo de trabalho e de formação do ACS. Podemos valorizar a formação singular deste profissional como trabalhador, analisando a questão mais critica.

Na perspectiva de uma formação crítica, espera-se que o conhecimento proporcionado pelos módulos de qualificação não ofereça apenas o conhecimento biomédico, mas que valorizem outras formas de conhecimento, como o saber popular, para que não haja contradições no trabalho do ACS, uma vez que ele traz consigo conhecimentos sobre a dinâmica social e econômica da comunidade em que atua.

Pensar em capacitações e treinamentos precisa-se usar uma metodologia da problematizar as ações dos ACS, para que estes desenvolvam a capacidade critica à base de suas realidades, para que não haja a educação bancaria. Estes profissionais de saúde só poderão desenvolver o potencial de gerar transformações de suas realidades, se o que for proposto no processo de educação em saúde, não lhes seja imposto, mais trabalhado junto com ele. avaliando o potencial de cada um.

Tendo em vista estes questionamentos, Alves (2009) afirma que a formação do agente comunitário de saúde deve estar vinculada não apenas aos conteúdos de ordem biomédicos, como processo saúde/doença, mas precisam contemplar o desenvolvimento de uma compreensão da dinâmica social que suas comunidades lhes apresentam.

1.3 **Educação permanente**

A educação permanente (EP) ocorre em um processo de aprendizagem no trabalho, ou seja, no cotidiano dos trabalhadores, sendo realizada com base nos problemas enfrentados e levando-se em consideração as experiências das pessoas, sempre problematizando o cotidiano.

É uma educação crítica, reflexiva e participativa, voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, uma vez que elas não existem sem sujeitos ativos que os criam, por isto esta demanda de engajamento político e crítico para o professor/facilitador, é de grande riqueza do ponto de vista humano .

Trazendo a concepção de Freire (1996), este nos relata que a formação permanente é um momento fundamental para reflexão sobre a prática e ele ainda acrescenta que esta pratica deve ser realizada de forma critica, e isso envolve um processo dinâmico, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. Esta é uma das perspectivas que o Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) apresentam e é a mesma do processo do trabalho em constante mudança.

Vale lembrar que a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990 já determinava, no seu artigo 14, que deveriam ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior e que cada uma dessas comissões teria que propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as esferas, mantendo uma estreita relação entre a pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990).

Podemos considerar a educação permanente assim conceituada por Ceccim (2005, p. 976):

> a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola.

Este autor discute que é no âmbito do trabalho onde se deve refletir sobre o processo de trabalho, como um processo de aprendizagem que visa as mudanças das práticas dos profissionais de saúde, com um olhar crítico, reflexivo, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das instituições de saúde e ao trabalhador. Deve-se pensar nas necessidades de saúde das pessoas, entre outras coisas.

Quando se disserta sobre educação permanente, existem algumas discussões com respeito ao tema, e muitos confundem com educação continuada. Então é importante fazermos uma diferenciação entre os dois tipos de educação.

Sobre a educação continuada observa-se uma perspectiva de transformação que está dirigida às organizações, aos indivíduos e às profissões, e não às práticas sociais, como apontados pela EP. Também podemos definir como sendo pautada na educação como transmissão de conhecimento sendo esta pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social (PEDUZZI, 2009).

A educação continuada tem uma característica marcante que é a de constituir-se de uma atualização ocorrida após o processo de profissionalização, com metodologia configurada através de meios formais de aprendizado. Vemos nesta modalidade cursos de aperfeiçoamento, para sanar falhas no processo de trabalho de uma instituição, seja esta pública ou privada (FARIA, 2010).

Os processos de educação no trabalho são marcados por uma certa tensão, pois há a tendência a uma reprodução da técnica aprendida no curso de formação e no local de trabalho existem normatizações das ações dos processos de trabalho, o chamado trabalho prescrito. Uma pedagogia formal, vertical impede que os trabalhadores se apropriem de um processo educativo centrado nas suas necessidades cotidianas e que estas sejam problematizadas pela equipe em trabalham.

Em relação à educação continuada o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 43-44) passa a nos dar um conceito crítico bem abrangente sobre esta como representante de uma continuidade do modelo escolar ou acadêmica:

> centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização; conceituando tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores.

De acordo com este conceito, podemos inferir que nesta modalidade de ensino se produz uma distância entre a prática e o saber. É uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo. Podemos caracterizá-la com cursos sem sequência, dirigidos a determinados grupos e cujas temáticas são definidas por supervisores ou patrões, a partir de situações que consideram como

deficiência de conhecimento. Neste sentido o trabalhador poderá não sentir que suas necessidades de educação para atuar no setor de saúde serão satisfeitas, o que desencadeará um processo que pode gerar má qualidade no serviço, além de comprometer o fortalecimento do SUS.

Entende-se que as atividades educativas de trabalhadores de saúde devam se basear na realidade de trabalho, com ênfase na problematização de forma contextualizada e promovam o diálogo entre as políticas públicas e as singularidades dos lugares e pessoas.

Já o conceito de educação permanente caracteriza-se pelo enfoque de uma mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Visa o aprendizado à base da vida cotidiana destes trabalhadores e no contexto real em que ocorrem. Busca conhecer os problemas e os problematiza de forma dialógica para encontrar as soluções, colocando as pessoas para refletirem sobre sua pratica e construírem conhecimentos e alternativas de soluções. O sujeito é visto não apenas como depositário de conhecimento, mas como o produtor deste conhecimento.

Entendo que, quando falamos sobre educação permanente estamos nos referindo ao que Freire (2005) debatia quanto ao papel social da educação, entendendo que este processo não deve ser uma transmissão de conhecimento de forma unilateral. Ele trazia à tona a questão de que os educandos não são depósitos para só receberam conhecimentos, como se fossem alienados e sim como alguém que tem conhecimentos anteriores, da vida, a serem valorizados. Não devemos aplicar a “educação bancária”, ou seja, a do depósito, onde os sábios julgam os não sábios.

Na proposta freireana, o processo educacional deve ser elaborado com o educando, levando-se em conta a situação do indivíduo, o que lhe é interessante ou relevante. Nesta ótica, podemos pensar na atuação do agente comunitário de saúde na mediação de saberes que tem sua origem e inserção na comunidade onde atua sendo ao mesmo tempo, profissional no serviço de saúde e morador da localidade de atuação, possibilitando o acesso ao saber popular e também ao técnico-científico.

Em relação às formas mediadoras dos saberes, Bornstein e Stotz (2009), em um dos seus estudos sobre o ACS, procuram identificar, nas práticas e nos discursos dos ACS, situações que evidenciem as formas de mediações realizadas no seu contexto de trabalho. Estes passam a relatar dois tipos de mediação: a

mediação convencedora, na qual se procura transmitir as informações sobre os comportamentos tidos como corretos das pessoas. Neste tipo de mediação o que se deseja é integrar os indivíduos no que já existe. Trabalha a educação bancaria de modo vertical e autoritária. Podemos exemplificar o dever de se cumprir o que está prescrito sem argumentações.

A mediação transformadora tem uma perspectiva democrática em relação as novas praticas a serem mencionadas. Esta busca reconhecer o indivíduo com seu saber, que pode ser diferente do outro, e que tem que ser valorizada. ela também considera os limites de conhecimentos científicos de acordo com cada categoria de profissional, trabalha também a construção do conhecimento, por isto ela pode ser considerada um viés da educação permanente de forma critica.

O Ministério da Saúde tem se preocupado com a educação permanente como meio de transformar as práticas educativas da formação, da atenção, de participação popular e de controle social no setor de saúde. Busca inovar e possibilitar as mudanças de concepções no campo da saúde dentro das organizações e depende, muitas vezes do resgate da possibilidade de produção de conhecimento, aperfeiçoamento da democratização do conhecimento nos processos de trabalho (OLIVEIRA, 2007).

Com vistas à educação permanente em serviço, o Ministério da Saúde, no ano de 2004, instituiu a Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 que inaugurou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com o objetivo de trabalhar a questão da capacitação dos profissionais de saúde em locos (BRASIL, 2004a). Nesta portaria, propõem-se os polos de capacitação. Então, cabe aos profissionais dos polos de educação, que podem ser os hospitais, universidades, estudantes e movimentos sociais, não só transmitirem o conhecimento de forma vertical, mas instigarem os outros profissionais de saúde a pensar sobre sua pratica.

A Portaria nº 198 de 2004 ainda nos mostra no artigo 5º que cada Polo de educação será responsabilizado por um território geograficamente determinado para capacitação. E no artigo 8º acrescenta que, junto à criação do Polo de capacitação, foi criado também uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação permanente do SUS, para acompanhar o trabalho de educação permanente dos trabalhadores de saúde (FARIA, 2010).

Em relação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde esta deve ser constituída de polos-loco regionais em articulações interinstitucionais. Estes pólos são instâncias colegiadas de gestão da educação na saúde e servem para a articulação, a negociação e a pactuação interinstitucionais. Nestes polos devem ocorrer momentos de encontros com diversos profissionais para se pensar nas questões da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores da área da Saúde, em um determinado espaço-território, onde se deve considerar as necessidades dos profissionais (BRASIL, 2009).

É importante salientarmos que na portaria acima citada, os profissionais pertencentes aos pólos de capacitação têm o dever de identificar as necessidades de formação dos trabalhadores de saúde e construírem estratégias de qualificação que possam fortalecer o controle social para produzir impacto positivo das pessoas, articulando e estimulando a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde.

O Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007 que passa a definir no artigo 1º novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, considerando as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007b).

Esta portaria tem como pressupostos alguns itens, como o de destinar-se a públicos multiprofissionais. Tem como objetivo a transformação das práticas técnicas e sociais. Preocupa-se com os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde. Tem utilizado práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de diálogos no próprio ambiente de trabalho (BRASIL, 2007b).

O que notamos é que o Ministério da Saúde tem se preocupado em colocar em pauta a questão da Educação Permanente para trabalhar temas que problematizem as ações e serviços na área da saúde. Também tem criado políticas que estudam a questão da educação e saúde no trabalho, baseando-se no que acontece no seu dia a dia, considerando a importância da problematização das ações e serviços de saúde. Podemos notar no documento o relato (BRASIL, 2004d, p. 48):

> [...] A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e no seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. [...] As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

Este texto do MS, citado acima ressalta pontos interessantes com relação à educação permanente dos trabalhadores e acredito que devem ser ressaltados quando se aplica esta modalidade de capacitação em saúde que são o encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho e o processo de qualificação deve tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e a problematização das ações dos trabalhadores.

Neste momento, a EP em serviço se transforma em um instrumento dinâmico da transformação institucional, facilitando o entendimento, valorizando e priorizando a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção da população. Temos que entender que o quadro acima é somente um exemplo do que se pode pensar ao trabalhar a questão da EP no cotidiano dos trabalhadores de saúde.

Em relação aos ACS e sua formação, trago aqui a referencia da Portaria nº 2662 de 11 de novembro de 2008, no artigo 4º, que mostra prioridade na formação de 400 horas destes profissionais de saúde, tendo estes quaisquer vínculos de trabalho, sendo os mesmos via contrato celetista ou estatutário (BRASIL, 2008). Esta assertiva considerou a formação dos trabalhadores como um componente decisivo para a efetivação da Política Nacional de Saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população.

Alves (2007) relata que a educação permanente advém do ideário freiriano, pois se constitui um processo inacabado, como o ser humano, inserida no curso da história.

Ceccim (2005) discorre sobre a Educação Permanente realizada no trabalho dos profissionais de saúde como um processo educativo e coloca o cotidiano do trabalho – em saúde, em análise, como possibilidade para a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação de atos produzidos no dia a dia. Este mesmo autor faz uma reflexão a respeito da produção de mudanças de práticas, mostrando a importância do ato de dialogar e problematizar para se chegar a conclusões, tudo baseado na pratica de cada profissional. Ele considera que importante mesmo seria a construção de pactos de convivência e práticas que se aproximem ao real.

Pensando na proposta de Freire (2005) do não a educação bancaria, a falha de processos educativos pode ser baseada em conteúdos impostos, em sentido vertical. Ele traz à tona a questão do respeito aos saberes do educando:

> Porque não aproveitar a experiência que o aluno tem de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder publico para discutir, por exemplo, a poluição dos riachos e dos córregos e baixos níveis de bem-estar das populações, os lixões e os riscos que oferecem à saúde da população (FREIRE, 1999, p. 30).

Ele mostra que existem problemas inerentes ao cotidiano dos trabalhos na comunidade que podem e devem ser apreendidos nos momentos de capacitação para tornar eficiente aquela discussão e que eles podem ser problematizados com os alunos, profissionais, enfim, para melhor eficiência deste processo.

Faria (2010), em seu estudo de dissertação sobre educação permanente a distância, mediada pela internet, nos mostra que um dos principais desafios desta modalidade de educação é a questão do estímulo pela busca de novos conhecimentos pelos profissionais de saúde. O grande impasse deste modelo encontra-se no trabalhador, pois ele só buscará conhecimentos de acordo com suas necessidades.

Para que a educação permanente seja efetiva é necessário que haja apropriação desta metodologia pelos profissionais. Para tanto, deve-se expor as atividades de acordo com a realidade de cada um, de forma que possa estimular a capacidade de pensar em novas praticas o que trará satisfação ao trabalho e vai melhorar a questão do atendimento de outrem, da equipe e também se refletirá na qualidade do atendimento das necessidade dos usuários dos serviços, sejam este internos ou externos.

É importante ressaltar que a educação permanente é objeto neste estudo, embora existam divergências neste conceito em função da modalidade da educação

a distância. Para fins desta discussão, considera-se ainda que mediado pelas ferramentas da internet, o conceito de educação permanente pode colocar em prática em projetos como o Telessaúde RJ, uma atividade pedagógica crítica, capaz de incluir os sujeitos e de estabelecer relações efetivas entre a prática do trabalho e o conhecimento teórico.

1.4 **Educação a distância e sua importância**

As tecnologias são tão antigas quanto a espécie humana. Na verdade, foi a engenhosidade humana, em todos os tempos, que deu origem aos mais diferentes avanços tecnológicos. Desde o inicio dos tempos, o domínio de determinados tipos de ferramentas distingue os seres humanos. Tecnologia é sinal de poder. Na idade da pedra, os homens- que eram frágeis fisicamente diante dos animais e das manifestações da natureza – conseguiam garantir sua sobrevivência pela engenhosidade e astúcia no domínio dos elementos da natureza, sol, chuva, fogo e etc. Dominar ou afugentar os animais e outros homens era um sinal de agilidade e raciocínio rápido (KENSKI, 2007).

Com o tempo para subjugar outros povos, nossos ancestrais começaram a usar lanças em vez de madeira e pedra. E assim, no decorrer das épocas foram modificando seus equipamentos que iriam promover sobrevivência e supremacia.

Tivemos a 1ª guerra mundial, depois a 2ª, onde foram utilizados diversos armamentos, culminando nos anos 50 com a Guerra Fria, que dividiu o mundo em dois blocos distintos, impulsionando a ciência e a tecnologia, com poder de ação jamais visto pela humanidade. Foram criadas as bombas atômicas, ações bélicas, a corrida espacial. Assim, criaram aparelhos domésticos como forno micro-ondas e o computador, entrando na era digital.

Observamos que os vínculos entre conhecimento, poder e tecnologias estão presentes em todas as épocas, mediando as relações políticas sociais, econômicas e muitas vezes psicológicas. Assim, no início da década de 90, após a Guerra Fria, houve o colapso do sistema socialista e iniciou-se a implantação do pensamento neoliberal. Isto trouxe novos conceitos no mundo do trabalho (qualidade,

produtividade, terceirização, engenharia e reengenharia.), resultando na introdução de novas tecnologias na produção e administração (KENSKI, 2007).

Kenski (2007) faz referência a este grande filosofo francês, dizendo que o grande desafio da humanidade é lidar com a tecnologia. Relata que o homem tem grandes chances de apropriar-se, adaptar-se a este movimento dos avanços tecnológicos e que a educação pode e deve estar embutida neste processo, apropriando-se deste da melhor forma possível. É importante que o processo de educação, que é um mecanismo de poder, faça a mediação da relação entre conhecimento e tecnologia. Kenski (2007) nos relata que a tecnologia é essencial para a educação, e que educação e tecnologias são indissociáveis. Assim, a maioria das tecnologias pode ser utilizada como auxílio no processo educativo. Ela pode estar presente em todo processo pedagógico, desde o planejamento do que se irá ministrar, no processo de transmissão e compartilhamento da educação, até a avaliação desta.

Tendo em vista todo o processo de globalização das informações via internet, a educação inserida neste contexto tem passado por diversas mudanças. No entanto, entende-se que a educação precisa assumir o papel de formação compartilhada de conhecimentos, formando cidadãos críticos, para que possam lidar com as inovações da vida diária, com o processo de transformação que este mundo vem passando (KENSKI, 2007).

Em relação às abordagens metodológicas educativas, há que se discutir os recursos atualmente disponíveis. Existem muitas concepções a respeito da educação à distância. É importante vê-la como um elemento construtivo, centralizado não apenas no ensino, mas também na aprendizagem. Em relação a este novo modelo de educação, Belloni (2002, p. 118) refere que

> inovações educacionais decorrentes da utilização dos mais avançados recursos técnicos para a educação [...] constituem um fenômeno social que transcende o campo da educação propriamente dita, para situar-se no nível mais geral do papel da ciência e da técnica nas sociedades industriais modernas.

A educação a distância não pode ser apenas um processo de auto-aprendizagem, nem uma forma de só transmitir e oferecer treinamento, com menor custo operacional. Ela deve ser introduzida com qualidade. Assim, quando as equipes de trabalho tornam-se interdisciplinares, o que deve acontecer é uma interlocução, inteiração entre os sistemas e serviços, com propostas de reflexão

sobre o fazer diário e as diversas situações que podem estar ocorrendo, para que possa promover o aprendizado individual e coletivo (KENSKI, 2007).

Kenski (2007) afirma que a aprendizagem poderá ser mais significativa de acordo com o grau de interação e comunicação entre os participantes daquele processo. É importante pensarmos que a educação mediada pelas tecnologias não para de crescer, e criar condições efetivas à redução de distâncias.

A educação a distância não pode ser unidirecional, mas deve valorizar a troca de informações entre o professor e o aluno, com estímulo à criatividade, deve ser centrada no aluno e isto é um grande desafio para este processo educacional.

As novas tecnologias de informação e comunicação estão sendo apresentadas como possíveis para sustentar o processo educacional a distância, com a proposta de viabilizar a aprendizagem. Torrez (2005) relata que esta nova forma de conhecimento pode e dever promover a formação em serviço, tanto de forma individual como coletiva dos profissionais de saúde, com autonomia no aprendizado para poder exercer ações de saúde pública, com maior segurança e olhar crítico sobre seu cotidiano.

Várias têm sido as experiências em educação a distância no mundo. Podemos destacar as que datam do inicio do século XVIII, nos Estados Unidos. Este processo chegou e não parou e nos últimos três séculos tem sido usada principalmente na Suécia, em, 1833, como sendo a primeira experiência no campo de ensino. Depois surgiram em outros países como Inglaterra (1840) e Alemanha (1856) (ALVES, 2007).

Na Indonésia, onde a EAD nasceu em 1950, tem-se hoje mais de 100 mil alunos. Existem outros países que também adotaram este viés da educação como Japão, com cursos a distância que datam do século XIX. Temos outros como Nova Zelândia 1922 e Rússia 1930 e por fim a EAD chega no Brasil em 1904 (FARIA, 2010).

Em relação às universidades que utilizaram dessa prática, temos como exemplos as chamadas universidades abertas em Portugal, criada em 1988, reconhecida em 1994, na Espanha ,que criou este tipo de Universidade no ano de 1972, dentre outros países (FARIA, 2010).

É importante notarmos que a televisão teve um papel importante no século passado nessa modalidade de ensino, ampliando as perspectivas de alcançar um maior número de alunos às salas de aula.

Os Estados Unidos foram pioneiros no uso da televisão educativa. Ainda no ano de 1960, no século XX, foi aprovada uma lei que garantia verbas para o ensino a distância e criou-se então um projeto Texano de educação.

A iniciativa de EAD no Brasil começou com cursos a distância inicialmente realizados por correspondência. Depois, foi na década de 20 que a estrutura foi se modificando e foi-se utilizando a modalidade via rádio. Então, o Ministério da Educação criou o Serviço de Radiofusão Educativa, com vários programas com ênfase na educação a distância (ALVES, 2009).

De 1970 a 1995, por força de convênio entre a Associação Brasileira de Ministério da Educação (MEC), todas as Emissoras de Rádio e TV (Aberta) colocavam no ar programas educativos produzidos e distribuídos pelo MEC, ampliando-se para todo o país o alcance dos cursos supletivos.

Quanto à produção, desde os tempos do histórico Projeto Minerva (anos 70), seguidos pelos da Portaria n° 568/70 (MEC/Ministério das Emissoras de Rádio e de TV que Comunicações), existiram vários casos no MEC para produzirem os programas que encaminhavam pedido de autorização para o horário obrigatório. Entre as emissoras de TV, o destaque fica com a Globo, com os seus mais Telecursos de 1º e 2º grau, criado em 1980 e o Telecurso 2000 (BLOIS, 1996).

Depois veio o didático canal da TV Escola, que também entrava ao vivo (das 19h às 20h), direcionado ao segmento de público constituído por professores, reunindo os cursistas em telessalas. A característica da série é a interatividade que se estabelecia ao mesmo tempo (BLOIS, 1996).

É digno de nota que o código brasileiro de televisão já em 1967 obrigava às emissoras de TV a ceder horários determinados para programas educativos (ALVES, 2009).

A partir do ano de 1970, no Brasil, o Governo Federal começou a dar apoio a formação a distância e começava-se , assim a se pensar nos cursos universitários a distância com a utilização de fitas de áudio (FARIA, 2010).

Outra iniciativa que demarca a historia da EAD no Brasil foi o notável “Instituto Universal Brasileiro”, que oferecia cursos profissionalizantes a distância desde 1941 (INSTITUTO UNIVERSAL BRASILEIRO, 2011).

Em relação à legislação, as primeiras normas sugiram na década de 1960, sendo a de maior importância o Código Brasileiro de Comunicações o Decreto-Lei nº 236 de 1967 (BRASIL, 1967). Com relação à Lei de Diretrizes e Bases da

Educação Nacional foi sancionado a Lei nº 5692 de 11 de agosto de 1971 que assegurava o ensino supletivo por meio de radio e TV (BRASIL, 1971).

No Brasil, a EAD alcançou impulso e expressão política com a Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9394 aprovada em 20 de dezembro de 1996, que a colocou como modalidade regular integrante do sistema educacional nacional, regulamentando o exercício da EAD como complementação de aprendizagem. Esta complementação pode ser realizada no ensino do fundamental e até a educação continuada, como capacitações profissionais em diversas áreas (OLIVEIRA, 2007).

A LDB (Lei 9.394/96), no artigo 80 estabelece que a educação a distância deve ser feita de forma organizada com abertura e regime especiais, e que pode ser oferecida por instituições credenciadas na União,além de regulamentar os requisitos para realização de exames e emissão de diplomas, dentre outras questões (BRASIL, 1996).

Em 1998, foi baixado um novo decreto que serviu de apoio para os primeiros credenciamentos de cursos superiores de graduação a distância. E foi em 1999 que surgiram os primeiros cursos superiores regidos por lei no Brasil.

Em 2005, passou a ser revogado o decreto nº 2.494 de 1998 por um novo decreto, o de nº 5.622 de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005). O maior mérito deste decreto é contemplar a possibilidade da criação de programas de pós-graduação *stricto sensu.* Outro avanço, foi o credenciamento de instituições de pesquisas cientificas e tecnológicas

Hoje são 215 cursos reconhecidos pelo MEC e a maior procura é pelos cursos supletivos do ensino médio.

Atualmente, em nosso país, em relação ao ensino existem cerca de 220 mil escolas, entre públicas e privadas, sendo 2.300 de ensino superior (ALVES, 2007).

Em relação à estrutura da educação a distância podemos notar que vários tem sido os cursos de *lato sensu* que têm sido implantados em nosso país, inclusive a enfermagem tem se inserido neste contexto com cursos de especialização e programas de extensão e neste momento aqui no estado do Rio de Janeiro, bem como em outros estados, tem se inserido em atividades de educação permanente via Programa Telessaúde Brasil com vistas às necessidades de educação em saúde dos profissionais da atenção básica.

Um grande exemplo que podemos citar da inserção da enfermagem na educação permanente em Saúde foi Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), que abrangeu em grande escala os trabalhadores da área da saúde de nível médio, especificamente os auxiliares e técnicos de enfermagem e teve início em 15 de outubro de 1999 quando foi publicada a Portaria nº 1262/GM, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999b). O ano de 2000 é um marco na história deste projeto quando, de fato, entrou em funcionamento a primeira turma de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem, no estado do Espírito Santo (COSTA et al., 2008).

Outro grande momento em que a EAD foi inserida na área de qualificação profissional, foi com a criação de cursos oferecidos pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) onde esta tem oferecido cursos de especialização, aperfeiçoamentos, atualização, até cursos pela Universidade aberta, e mais ainda a ENSP tem estabelecido parcerias com instituições nacionais e internacionais para desenvolver a formação de profissionais em saúde, destinada a uma clientela específica (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA, 2010).

A política de Educação Permanente (BRASIL, 2009, p. 53) nos mostra que:

> o aprendizado através da internet permite a flexibilidade e abertura no acesso ao conhecimento e à informação, facilita a formação de comunidades virtuais em áreas de interesse, supera problemas de distância e de acesso a bibliografias, potencializa a circulação de dados e o desenvolvimento de debates e, em geral, oferece uma adesão dos usuários mais dinâmica, oportuna e personalizada do que as atividades de ensino presencial.

Podemos entender que a educação a distância de forma permanente pode possibilitar o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na área da saúde. Inclui-se aí este novo profissional, o ACS, que é um ator fundamental na equipe do PSF, por sua relação com a comunidade, levando informações de saúde, referenciando as pessoas às unidades de saúde, educando, conscientizando, mobilizando para a mudança.

Diante do exposto acima, podemos notar que a EAD de forma permanente, tem sido uma ferramenta importante para os trabalhadores de saúde, pois estes podem qualificar-se à distância, tendo domínio do planejamento, seu tempo com relação a suas atividades, com vistas ao beneficio para este, com orientação para suas práticas profissionais e atualização do seu saber e o Programa Telessaúde

Brasil Núcleo Rio de Janeiro tem se inserido nesta perspectiva e incluído o ACS neste processo dinâmico de aprendizagem.

1.5 **Considerações sobre o Telessaúde**

Considerando as dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde que atuam em diversas áreas do saber, em relação à formação dos profissionais de saúde, vemos que a Educação a Distância (EAD) pode ser e deve ser uma estratégia de ampliação da educação, já que novas tecnologias podem gerar e transmitir informações em tempo real, mesmo que os participantes estejam à distância. A globalização tem acelerado a introdução das novas tecnologias de comunicação nas diferentes áreas de conhecimento, inclusive na área da saúde e isto tem contribuído para a produção de conhecimento, treinamento e informações em tempo real dos profissionais.

O Ministério da Saúde tem promovido estratégias para impulsionar as diversas experiências institucionais de mudança que reiterem a perspectiva da integralidade do cuidado, a centralidade do trabalho em saúde como eixo organizador da formação profissional. Passa a existir agora uma clientela composta por novos atores da saúde, que além de serem profissionais, incluem-se como cidadãos-usuários para desenvolver seu papel no controle social. Assim, o Ministério da Saúde tem lançado programas que atendam as necessidades destes usuários. Um destes é o Projeto Telessaúde Brasil, que visa à educação permanente à distância, com intuito de capacitar os profissionais do ESF e PACS, pautado pelos princípios da integralidade do cuidado, e da centralidade da educação permanente dos trabalhadores de saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde com o Departamento de Gestão de Educação e Saúde (DEGES), e a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, procuraram formular as políticas relativas à formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde.

O Ministério da Saúde via Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) tem atuado para promover a formação e capacitação dos profissionais de saúde, trabalhadores esses que tem toda uma formação biologista,

muitos concentrados nas doenças. O SGTES tem dado apoio técnico e financeiro para atuar nos modelos existentes e no programa Saúde da Família, no sentido de fornecer atualização constante em saúde.

O SGTES junto ao DEGES, em consonância com o Telessaúde-Brasil tem promovido a capacitação e educação permanente das equipes de estratégias da ESF, com o objetivo de alcançar os profissionais nos mais distantes locais de atuação, para romper este distanciamento, estabelecendo um processo de comunicação interativa como o Programa Telessaúde Brasil. Este Programa visa também, diminuir tempo e gasto de dinheiro, no sentido de resolver situações *in loco*, sem ter que referenciar o usuário para locais distantes.

No Rio de Janeiro, o projeto iniciou-se no ano de 2007, vinculado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), ligado ao centro biomédico e em 2008, as instalações foram transferidas para Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

Como já mostrado anteriormente, este Projeto vira Programa em 2007, através da aprovação da Portaria nº 35 de 04 de janeiro de 2007 – com objetivo de qualificar os profissionais da Rede Básica, por meio da utilização de modernas tecnologias de informação e comunicação, capazes de promover a teleducação/telessaúde, tendo como objetivo desenvolver ações de apoio a assistência à saúde e, sobretudo, de educação permanente de Saúde da Família, possibilitando a resolubilidade na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a educação para o trabalho e na perspectiva de mudanças de práticas de trabalho, que resultem na qualidade do atendimento, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população por meio de uma qualificação permanente da atenção básica (BRASIL, 2007a).

A Portaria nº 35 (BRASIL, 2007a) foi bem objetiva ao definir os critérios para instalação dos pontos do Projeto Piloto Nacional Telessaúde. Os gestores teriam que se comprometer com a instalação dos pontos no seu município; isto significa que cada gestor assumiria via documentação que cederia um espaço geográfico para instalação de equipamentos e liberaria os profissionais de saúde em determinados momentos para a adesão ao projeto de educação permanente.

O município para fazer-se parte integrante do projeto tem que ter instalado o programa saúde da família com cobertura igual ou superior a 50% e índice de desenvolvimento humano menor que 0,500, e deve contabilizar população inferior a

100 mil habitantes. Estes se formaram critérios estabelecidos para pactuação com gestores, além de seu comprometimento com a infraestrutura física e com os profissionais de saúde, como citado anteriormente.

Algo importante a ser ressaltado é que quando um município adere a proposta do Telessaúde este recebe um kit com computador, *webcan*, além de orientações para a equipe de saúde para utilização do material. O que podemos notar é que o Ministério da Saúde tem dado oportunidade aos gestores de levarem esta proposta para os seus profissionais de saúde, para que todos possam se beneficiar. Cabe a cada gestor aderir ao projeto e apresentá-lo aos seus profissionais.

A importância da implantação do Telessaúde para os munícipios é que o projeto tem como o objetivo principal do Telessaúde trabalhar a questão da educação permanente em saúde a distância com os profissionais da rede básica, trabalhando a questão da promoção das ações de saúde e prevenção dos agravos e agudos.

O Telessaúde Brasil tem o propósito de integrar as equipes de saúde da família das diversas regiões do país com os centros universitários de referência, para melhorar a qualidade dos serviços prestados em atenção primária, diminuindo o custo de saúde através da qualificação profissional, redução da quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes e por meio do aumento de atividades de prevenção de doenças (BRASIL, 2007a).

O Telessaúde Brasil tem implantado uma infraestrutura de informática de telecomunicação para o desenvolvimento contínuo à distância dos profissionais das equipes de Saúde da Família, a partir da utilização de multimeios (biblioteca virtual, videoconferência, canais públicos de televisão, vídeo *streaming* e *chats*).

O projeto do Telessaúde Núcleo Rio de Janeiro, ou TS RJ apresenta-se como um ambiente digital de aprendizagem permanente, que utiliza as informações de forma organizada, desenvolvendo a interação entre os participantes deste com o conhecimento ali exposto, socializando várias formas do saber, facilitando uma forma de interação e propagação de atitudes entre participantes, com fim de aprendizagem. Neste ambiente virtual, os temas são trabalhados de acordo a relevância destes para o público alvo.

Ao longo da história do TSRJ, verificamos algumas modificações na dinâmica de trabalho. Ao início das atividades, só havia registro de apenas três equipes de

saúde cadastradas. Atualmente, todos os profissionais podem registrar-se no sistema e usufruir as práticas educativas. Umas das praticas educativas é o processo da segunda opinião informativa – também chamado de teleconsultoria que foi proposto pelo TSRJ para suprir as necessidades dos profissionais cadastrados no projeto e como muitos estão geograficamente distantes, nem sempre possuem um suporte de informações para tirar suas dúvidas.

Por isso, o TSRJ criou esta ferramenta para atender este público e esse processo se dá pelo cadastro do profissional no projeto, dá a este acesso a página do Telessaúde RJ, e este vai para a tela intitulada Teleconsultoria, seleciona a categoria profissional no qual deseja elucidar sua dúvida, escolhe o tipo de dúvida (várias são as categorias destas), e as envia e também poderá anexar uma imagem, a exemplo um Rx. Este material deve manter o código de ética. Então, o teleconsultor terá no máximo 72 horas para responder, sempre baseado em evidências. Outra modalidade é a Teleconferência, que é uma atividade sincrônica, com encontros semanais, com atuação de diversos profissionais, onde ocorre uma total interação entre educando e educador em tempo real (BRASIL, 2009).

O projeto TSRJ tem a estrutura do sistema de consultoria e a segunda opinião educacional, cedida por especialistas em Medicina de Família e Comunidade e preceptores de Saúde da Família, profissionais da Atenção Primária e Instituições de Ensino Superior. Desta forma, a prioridade é termos a segunda opinião realizada pelos profissionais mais experientes na área, ficando aberta a possibilidade de atuação dos demais especialistas, com disponibilização de capacitação para o uso das tecnologias de informação e comunicação (BRASIL, 2007a).

A criação dessa Rede interligando importantes instituições de ensino e serviços de saúde de Atenção Primária, em um processo de trabalho cooperado *on line*, permite implantar uma rede colaborativa agilizando a identificação de problemas e soluções e reduzindo os custos dos processos. A integração entre instituições com áreas de excelência complementares em saúde e educação permite criar um núcleo de compartilhamento de conteúdos educacionais e assistenciais. Esta é a visão da Rede Telessaúde Brasil de cooperação que integra a atenção primária e a regulação do sistema de saúde às instituições de ensino superior do país.

Em relação ao Programa Nacional de Telessaúde Brasil, no ano de 2010, através da Portaria nº 402, instituiu-se um Programa Nacional de Bolsas do

Telessaúde Brasil. Essa portaria veio com o objetivo de definir a composição de cada equipe do Programa Telessaúde e as atribuições de cada profissional. Aborda também a questão do financiamento do Ministério da Saúde em relação à implantação e expansão do mesmo (BRASIL, 2010).

A proposta de expansão do Telessaúde prevê a implantação de, pelo menos um núcleo em cada estado do Brasil, para que se possa alcançar uma cobertura nacional e de forma sustentada e ter em cada projeto instalada uma equipe multidisciplinar de profissionais que formem o grupo para dar o suporte necessário às atividades deste e mais ainda, trabalhar a questão da educação permanente à distância.

No que tange o projeto Telessaúde-Rio de Janeiro, este tem uma equipe multidisciplinar, com pedagogos, parte administrativa, estagiários e teleconsultores, atingindo uma cobertura superior a 80% do estado (BRASIL, 2007a).

Faria (2010) nos relata a respeito de outras unidades de educação permanente a distância no Rio de janeiro, além do Projeto. Neste, consta a Universidade Federal Fluminense com o *Telemeduff*. Na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, o programa *Second Life* possibilita o recurso de imagens tridimensionais que os coordenadores julgam ser mais atrativos para o público-alvo.

Embora o Brasil tenha avançado muito no campo da educação a distância de forma permanente, podemos nos remeter a outros países como Estados Unidos da América e o Equador- com seu ministério da Saúde, sendo que neste país as equipes de saúde trabalham a questão das lesões traumáticas. Pode-se destacar ainda, as experiências rurais da Colômbia, no combate a malária, com suas grandes dificuldades de infraestrutura. Por outro lado, essas dificuldades da Colômbia, fizeram com que fosse criado o programa de Telemedicina para atendimentos especializados, para melhora o atendimento da população. Outros países aderiram a esta ação como a Bulgária com o serviço de tele psicologia e o Alasca para atendimento dos índios (FARIA, 2010).

A utilização de determinada tecnologia como suporte à Educação a Distância não pode constituir-se apenas de uma revolução dos métodos, mas deve ser considerada como um meio possível de mudanças. Assim, ambientes digitais de aprendizagem são sistemas computacionais disponíveis na internet, destinados ao suporte de atividades mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação (ALMEIDA, 2003).

Almeida (2003, p. 331) nos relata que a tecnologia da Educação tem permitido algumas situações tais como:

> integrar múltiplas mídias, linguagens e recursos, apresentar informações de maneira organizada, desenvolver interações entre pessoas e objetos de conhecimento, elaborar e socializar produções tendo em vista atingir determinados objetivos. As atividades podem serem desenvolvidas em tempo, ritmo de trabalho e espaço em que cada participante se localiza, de acordo com uma intencionalidade explícita e um planejamento prévio denominado design educacional.

Assim, a educação *on line* realizada via internet leva informações rapidamente, proporcionando interatividade, podendo ser desde a comunicação entre duas pessoas, e pode-se citar como exemplo o envio de e-mail. Também se pode usar uma lista de pessoas para se comunicar, pode-se promover fóruns de debates com interatividade, em tempo real, proporcionando a comunicação interativa entre grupos (ALMEIDA, 2003).

Um ponto interessante a ser ressaltado é que a Faculdade de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro está inserida no projeto Telessaúde, como membro efetivo no estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de trabalhar as questões de educação em saúde dos enfermeiros e apoiar o processo junto aos ACS, tendo como foco mostrar a estes profissionais de saúde que eles podem e devem apropriar-se desta ferramenta de uso da internet.

As novas interações sustentadas em relações de parceria entre as universidades, os serviços de saúde, deve servir como forma de garantir o planejamento do processo de ensino-aprendizagem centrado nas situações de problemas mais prevalecentes. As mudanças impõem uma nova estrutura de administração acadêmica, orientada por um sistema de controle que considere as novas categorias da prática pedagógica/assistencial.

A proposta do Telessaúde RJ depois de conveniada com os gestores municipais, é apresentada nos chamados workshops em cada região administrativa do estado do Rio de Janeiro a todos os profissionais da Rede Básica e neste grupo incluem-se os ACS, que fazem parte efetiva da equipe de saúde. A participação do ACS é importante para eles sentirem-se reconhecidos no seu trabalho e possibilita a qualificação dos mesmos. Na apresentação fazem o reconhecimento e se cadastram para poderem utilizar quando necessário.

Como a equipe da Saúde da família inclui os ACS, sendo estes o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, o Telessaúde incorpora estes agentes como profissionais de Saúde.

A educação permanente parte do pressuposto que a aprendizagem deve ser significativa e esta deve se propor e motivar a transformação das práticas dos profissionais de saúde, e que estas devam estar baseadas na reflexão crítica sobre as suas práticas reais nos seus serviços. A proposta da educação em saúde é que os processos de capacitação destes profissionais da saúde sejam pensados a partir da problematização do seu cotidiano de trabalho, com objetivos claros para que o processo de buscas de mudanças de suas práticas e de sua organização do trabalho seja visto a partir das necessidades de saúde das pessoas e populações que estes detectaram.

O Agente Comunitário de Saúde poderá, através da educação a distância, capacitar-se a realizar suas atividades com mais responsabilidade, obtendo poder decisório e podendo intervir em algumas atividades, como a educação em saúde. Esse novo trabalhador, com uma boa formação geral, com capacidade para perceber fenômenos em processo, pode trazer situações inerentes a sua comunidade e propor soluções, com maior autonomia e senso de responsabilidade organizacional. O ACS pode e deve ter sua pratica refletida criticamente e complementada institucionalmente, trocando experiências e trazendo suas dúvidas através do processo de Telessaúde.

Participar de um ambiente digital pode significar que os participantes que se encontram inseridos neste contexto, ou neste ambiente possam expressar seus pensamentos, tomar suas decisões, dialogar, trocar informações e experiências e trazer os problemas vivenciados no seu dia adia de trabalho, pois é uma situação oportuna para produção de conhecimento; assim pode-se esclarecer dúvidas, adquirir experiência com o relato de vivências de outros em sua pratica diária,dentre muitas outras coisas.

Além disso, vale ressaltar que o acesso à internet proporciona inclusão digital de populações tradicionalmente excluídas, e que por isso interessa à educação crítica olhar e acompanhar estes processos, buscando compreender como estes podem fortalecer o trabalho dos ACS.

2 **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa, pois se baseia em quantificações de respostas a questões fechadas, complementadas com a analise de perguntas abertas sobre a temática.

Os dados quantitativos referem-se a algumas variáveis que constam de um questionário que foi aplicado a todos os profissionais cujos municípios aderiram ao Programa Telessaúde no Estado do Rio de Janeiro, aí se incluindo os ACS. Este questionário, intitulado Formulário de Linha de Base, gerou um banco de dados quantitativo ao qual tive acesso, mediante solicitação prévia à Coordenação do TS RJ. Uma vez obtido o aceite, o banco de dados gerado pelos ACS inscritos no ano de 2009 serviu de base para este componente do estudo.

Durante o ano de 2009, fui também mapeando a participação dos ACS nas atividades síncronas e assíncronas do TS RJ, as quais também geraram alguns dados quantitativos.

Em relação à abordagem quantitativa, destaca-se o seu caráter descritivo. Estudos dessa natureza visam descrever os fenômenos pesquisados por meio da observação, descrição, quantificação e classificação de elementos relativos ao objeto de estudo, como também explorar as dimensões desse fenômeno (POLIT; HUNGLER, 2004). Lobiondo-Wood e Haber (2001) pontuam que os estudos descritivos têm a intenção de buscar os dados que visem analisar as características da população do estudo, e identificar a frequência da ocorrência de um determinado fenômeno. Assim, efetuamos uma descrição do perfil sociodemográfico dos ACS, bem como das variáveis sobre os usos das ferramentas de internet e temáticas de interesse para a educação permanente a distância.

Já o método qualitativo é utilizado quando se buscam percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. Minayo (1994, p. 10) afirma que

> a metodologia qualitativa é aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, em última instância, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade.

Uma abordagem qualitativa simples, de base interpretativa,foi usada para analisar algumas perguntas abertas do Formulário de Linha de Base (FLB), complementadas pelas minhas observações sobre quatro oficinas presenciais, os chamados workshops, realizadas em Regiões administrativas do Rio de Janeiro no ano de 2009. Estas observações geraram um pequeno diário de campo.

Os resultados são discutidos com base nos referenciais da educação permanente como proposta pedagógica crítica, e sobre a relevância da EAD atualmente.

2.1 **Campo de pesquisa e fontes de dados**

Este estudo foi realizado com dados disponibilizados pelo Programa Telessaúde Brasil - Núcleo Rio de Janeiro, situado em anexo do Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Neste espaço físico onde o núcleo situa-se, existem 4 salas, 1 copa e 1 banheiro. Há um espaço reservado para reuniões e também para realização de atividades síncronas, como as teleconferências.

A coleta de dados se deu a partir de um banco de dados gerado por formulários preenchidos por 100 ACS durante os workshops realizados nas regiões administrativas do Rio de Janeiro, e posteriormente digitados no Excel pelo profissional de informática do Projeto. Foram realizadas uma investigação exploratória e tabulação destes dados, que nos mostrou o panorama descritivo do perfil dos agentes com detalhamento suficiente para atender aos objetivos do estudo.

O registro da participação dos ACS é feito automaticamente pelo ambiente de aprendizagem virtual (AVA), e permitiu a obtenção de alguns dados sobre a assistência dos ACS a teleconferências.

No registro de observação, através do diário de campo, foram registrados os acontecimentos, as atividades, e também foram apreendidas as reações dos ACS participantes dos Workshops.

Sobre o diário de campo, Polit e Hungler (2004) o definem como o registro dos eventos e conversas do dia a dia. No cotidiano do investigador ele anota todas as observações de fatos concretos, acontecimentos, reflexões ocorridas no espaço

de tempo da pesquisa e comentários feitos pelos pesquisadores (FALKEMBACH, 1987). Triviños (1987) mostra que o diário de campo por ser um instrumento de registro de atividades de pesquisa, pode ser considerado como uma forma de complementação das informações sobre o cenário onde se desenvolve a pesquisa, a partir do registro de informações que não são coletadas em entrevistas formais.

À época de finalização do presente relatório, existiam 72 municípios participantes do Telessaúde Rio de Janeiro, distribuídos nas Regiões Fluminenses de acordo com o mapa, conforme descrito no ANEXO A.

Os ACS que responderam ao FLB e participaram dos workshops estão distribuídos nestes municípios, sendo que alguns municípios não tiveram ACS cadastrados.

2.1.1 Formulário de Linha de Base

O Formulário de Linha de Base (FLB) é um instrumento utilizado para mapear as condições individuais iniciais dos membros das equipes de trabalho em Atenção Primária atendidas pelo Telessaúde no que se refere ao domínio de tecnologias de internet, às questões relativas ao processo de trabalho na equipe e conteúdos de dúvidas mais frequentes nos seus trabalhos. A coleta destes formulários iniciou sua aplicação em 2008, durante a primeira etapa de implantação do Telessaúde RJ, e restringiu-se, no início, aos profissionais de nível superior. Neste ano de 2009, iniciou-se a aplicação do formulário junto aos ACS, em oficinas presenciais realizadas a partir do mês de maio de 2009.

Este instrumento foi confeccionado pela Equipe do projeto Telessaúde (ANEXO B) com ênfase multidisciplinar, sendo o mesmo comum para enfermagem e medicina. Existem os de ordem individual com os aplicados a odontólogos e os para nível médio, que incluem os ACS.

Este formulário contém 06 questões, sendo as 06 fechadas com 02 subitens abertos, e deles serão extraídas as variáveis de relevância para atingir os objetivos do estudo. Estes formulários foram preenchidos nos encontros presenciais nas regiões administrativas do Rio de Janeiro no ano de 2009.

Nesta pesquisa, em relação à coleta de dados quantitativos, foram utilizados 100 formulários de base. Estes foram contabilizados e digitados num programa criado no Excel – um banco de dados do projeto.

Este FLB foi confeccionado justamente para inserção dos ACS, onde a primeira parte traça o perfil deste profissional. Logo no cabeçalho, na primeira parte, encontramos informações administrativas em que o profissional identifica a unidade atuante e a localização da mesma.

A segunda parte, corresponde aos dados de identificação, como sexo, data de nascimento, e-mail, dentre outros. Para a análise efetuada nesta pesquisa, utilizaremos apenas dados como sexo e faixa etária.

Na terceira parte do formulário de linha de base, encontramos dados sobre a formação profissional deste trabalhador, profissão, escolaridade, entre outros.

Já na quarta, encontramos o perfil profissional, onde consta a função, treinamento introdutório, grau de satisfação com coordenador, equipe, comunidade, trabalho, sistema de saúde, vinculo empregatício, carga horária, entre outros. Neste estudo, utilizarei apenas treinamento introdutório, grau de satisfação com o trabalho.

O quinto momento do FLB traz perguntas fechadas sobre o conhecimento de informática. Se o ACS utiliza a informática para se capacitar, se usa e-mail, a frequência do uso deste; programas e aplicativos, usa o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), dentre outros. Os itens enfatizados neste trabalho são: se o profissional usa e-mail; a frequência do uso; acesso à Internet; a frequência deste acesso; e uso do DATASUS, programas do MS e SIAB.

No sexto momento do FLB, destacam-se os questionamentos sobre assuntos a serem abordados como educação em saúde pela ESF e temas propostos pelos agentes para futuras capacitações pelo Telessaúde. Este tem também perguntas semi-abertas, ou seja, com temas propostos e espaços para que o profissional também possa optar por outras discussões. Traz outra pergunta procurando saber se o ACS realiza trabalho multidisciplinar com a equipe de saúde. Na parte final é o momento da avaliação ou comentários que os agentes desejarem fazer sobre o formulário, temas a serem estudados, enfim. Para nossa discussão, selecionamos os dados referentes a temas para futuras capacitações pelo Telessaúde.

Relacionado à capacitação em saúde de forma permanente pelo Telessaúde Rio de Janeiro, este vem assumindo uma postura de trabalhar a educação a

distância, utilizando ferramentas de internet de forma interativa como uma das facetas da aprendizagem/atualização/capacitação.

2.1.2 Oficinas presenciais

Foram realizadas sete oficinas presenciais, denominadas de workshops no ano de 2009, das quais participei de quatro, no Rio de Janeiro, na região Serrana, Médio Paraíba e Baixada Fluminense. É interessante notar que no Município do Rio de Janeiro tivemos mais de um encontro, pois estes foram organizados e divididos de acordo com as Áreas Programáticas (APs). Nestas oficinas, tivemos a participação de profissionais de saúde divididos de acordo com sua categoria. E os agentes comunitários de saúde se fizeram presentes.

Nas oficinas presenciais foi apresentado aos agentes o Programa sob forma de uma dinâmica de apresentação. Depois foi feita uma rodada de apresentação sobre cada um, sendo opcional a fala de apresentação de seu nome, localidade, há quanto tempo trabalhavam como agentes. Após isto, perguntávamos se eles conheciam o programa Telessaúde, e assim começávamos nossa atividade, que era a de apresentar o projeto para estes e mostrarmos que o Ministério da Saúde os incluiu como participantes, que eles poderiam se desejassem se cadastrar no ambiente virtual, e que estávamos ali para isto.

Foi mostrado o passo a passo do programa, funcionamento, objetivo e como os ACS poderiam participar. Depois disso, cadastramos os que desejaram.

No decorrer da oficina, utilizando um diário de campo, registrei as demonstrações de alegria e muitas vezes de desabafo dos agentes que não sabiam nem porque estavam ali, que se sentiram traídos pelos seus gestores de lhes terem negado a informação sobre o Projeto, e de outros que ficaram felizes de serem lembrados e estarem participando daquele momento, citado por muitos, como muito importante. Este diário de campo gerou um registro que foi incorporado na análise qualitativa.

2.1.3 Teleconferências

A teleconferência consiste na geração via satélite de palestras, apresentações com intuito de interação via fax, telefone ou Internet. Neste caso, o conferencista ou professor faz sua apresentação por um dos meios citados acima. Seu discurso é *on line*, ou seja, em tempo real e o público-alvo recebe a imagem e som via computador conectado a internet.

Na teleconferência ministram-se aulas e então, ocorre a interatividade entre aluno e professor, palestrante e expectador mesmo em longa distância, em lugares geograficamente longínquos.

A videoconferência realizada no Telessaúde é multiponto, pois permite realizar uma reunião com um grande número de municípios, ou seja, pessoas de várias localidades podem assistir ao mesmo tempo a mesma teleconferência.

Cabe ao tele-conferencista procurar interagir de maneira dinâmica com todos os que estão assistindo para não perder o contato com todos, pois se encontram vários aparelhos ligados e conectados ao mesmo tempo e o dinamismo é essencial para que não haja dispersão e retirada dos participantes. Acredito que esta explanação foi só para elucidar a dúvida dos leitores com relação ao processo das teleconferências.

Assim, essa foi a última estratégia para coleta de informações. Foram videoconferências semanais, com a participação de diversos profissionais da área de saúde, previamente agendadas. Só para se tomar nota, o processo que envolve a transmissão das teleconferências se dá por meio dos chamados *chat*. Então em um computador é instalada a internet de banda larga e um navegador, alto-falantes, uma vídeocâmera comum e microfone. E, assim o participante conecta-se ao projeto e recebe a transmissão do ponto principal que é a sala de informática do projeto Telessaúde, podendo assistir a teleconferência em tempo real e com o máximo de interação possível, entre que ministra e que assiste.

Para exemplo, apresento aqui neste espaço, figuras que mostram a página principal do Telessaúde, ambiente virtual, que mostra como acessar as teleconferências por área, a do ambiente virtual do tele-enfermagem e, por fim, a figura que mostra o exemplo em tela de uma teleconferência realizada por mim, autora deste estudo.

Figura 1 – Sítio do Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro
Fonte: BRASIL, c2008.

Para que o profissional de saúde/educação possa ter acesso ao programa, este deve cadastrar-se no projeto através deste portal, em uma janela na parte superior deste. Então abrirá uma janela com formulário para que este coloque seus dados cadastrais.

Figura 2 - Sítio das teleconferências gravadas e temáticas especificas
Fonte: BRASIL, c2008.

Trago aqui a 2 imagem, ou tela como o leitor desejar chamar, que é a imagem sitio de acesso às teleconferências por área e também contém temáticas especificas. No caso do agente ele poderá ter acesso às ministradas pela enfermagem, tele-enfermagem RUTE etc. Mas, ao clicar na opção tele-enfermagem, o agente poderá assistir a do dia, conforme cronograma previamente feito.

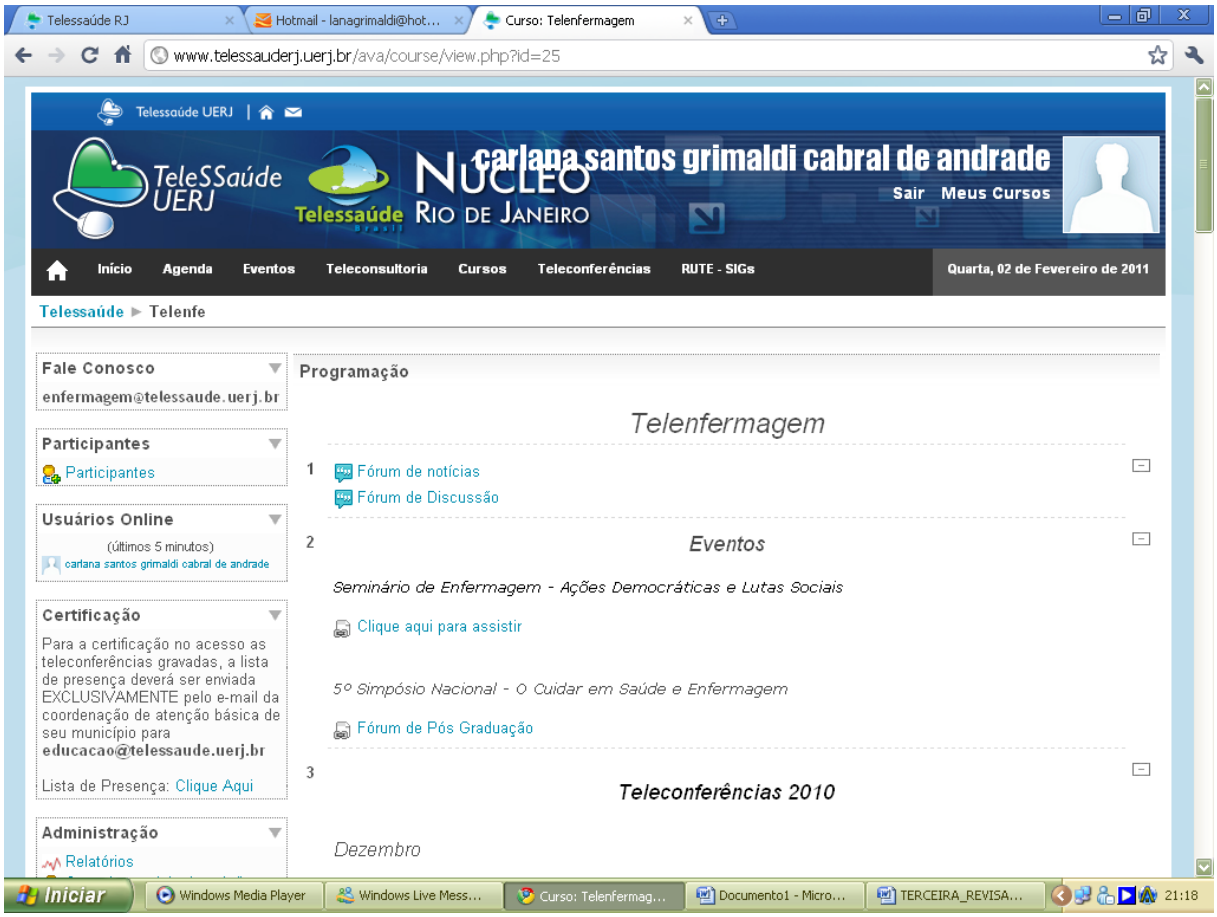

Figura 3 - Ambiente virtual da tele-enfermagem do Telessaúde Rio de Janeiro Fonte: BRASIL, c2008.

Esta imagem traz a programação mensal das teleconferências. Relaciona-se à assistência dos ACS à teleconferência e estas foram contabilizadas no momento que estas estavam ocorrendo, *on line*. A ferramenta acima traz a possibilidade para quem não pode assistir no momento que estas estão acontecendo, o façam posteriormente, no horário que lhe convier. Esta se mostra uma excelente ferramenta para participação e atuação dos profissionais da atenção básica, inclusive dos ACS.

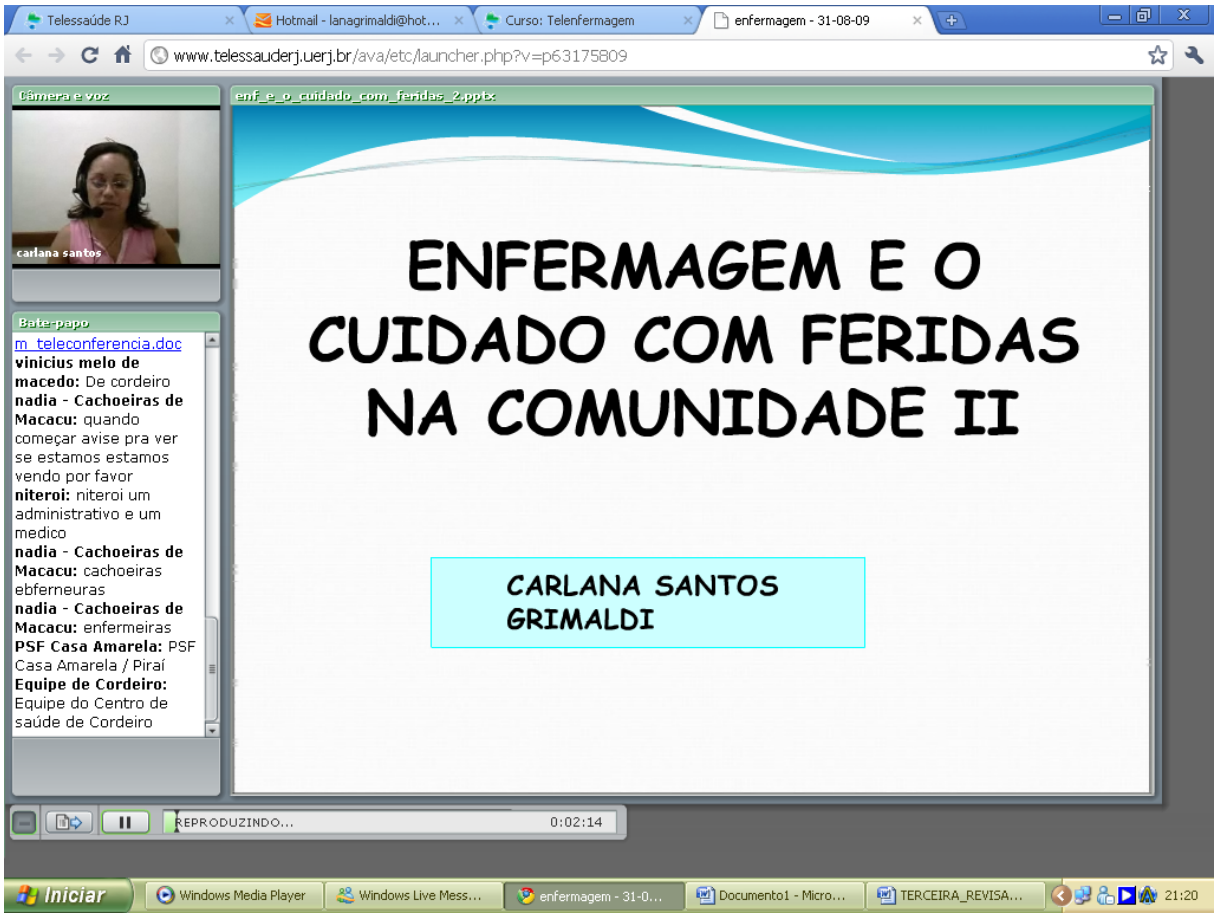

Figura 4 – Ambiente virtual de teleconferências
Fonte: BRASIL, c2008.

Trago aqui a imagem do ambiente virtual das teleconferências, momento este em que se ministram as palestras, aulas e onde há o comparecimento via programa da internet dos frequentadores deste momento interativo. É importante salientar que é trazido este modelo de apresentação para mostrar como as videoconferências são realizadas, de forma sincrônica, ou seja, em tempo real, onde se pôde contabilizar o número de agentes participantes das mesmas.

Os registros analisados com relação à participação dos ACS foram obtidos no período de abril a dezembro de 2009, e a frequência de análise foi obtida mensalmente.

2.2 **Cuidados éticos**

Este estudo foi inscrito no Sistema Nacional de Informação sobre Ética e Pesquisa em Seres Humanos (SISNEP). Nosso intuito é ter a apreciação e avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto para que possamos dar início às atividades de coleta de dados, sem ferir os preceitos éticos e legais com relação à pesquisa.

Para tanto, foi encaminhada uma declaração para Coordenadora do Projeto Telessaúde deste Estado, solicitando a permissão para utilizarmos as informações referentes aos Formulários Linha de Base das teleconferências gravadas e públicas realizadas nesta pesquisa. Com a autorização em mãos, somando-se ao formulário de inscrição do SISNEP, foi enviada uma cópia do projeto de pesquisa, intitulado: O agente comunitário de saúde e o Telessaúde para ser submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, onde fica a Sede do Projeto no Estado do Rio de Janeiro. Este foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do hospital universitário, onde fica situado o Projeto, 2551-CEP/HUPE – 0003.0.228.00-10.

É importante ressaltar que a pesquisa foi baseada em um banco de dados secundários e em registros de observação, e assim sendo não necessitou de Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Quanto ao relatório das oficinas presenciais – chamados Workshops, estes foram realizados nas regiões administrativas do Rio de Janeiro no ano de 2009. Neste evento, ou seja, no decorrer de cada oficina, eu confeccionei um diário de campo, onde foram registradas as demonstrações de alegria, desabafos dos agentes comunitários de saúde em relação ao fato de estarem naquele espaço que fora criado para eles e destes não terem sido avisados pelos gestores o motivo de suas presenças nas oficinas. Então, a cada workshop, fui fazendo um registro das apreensões das expressões acima citadas, no diário de campo. Quando finalizaram os Workshops estas informações foram condensadas, dando origem a um registro de observação, que será discutido na análise de dados.

Pensando-se no compromisso ético relacionado à pesquisa, há um comprometimento da parte dos pesquisadores desta, em enviar à instituição os resultados da análise de dados obtidos neste estudo, com intuito de possíveis avaliações pela coordenação do projeto para atividades futuras.

3 **ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS**

3.1 **Análise dos dados do Formulário de Linha de Base**

3.1.1 Perfil sociodemográfico e de escolaridade

São apresentados inicialmente os resultados sobre o perfil sociodemográfico da amostra de 100 ACS que preencheram o FLB do Projeto Telessaúde Brasil - Núcleo Rio de Janeiro TS RJ, nas oficinas presenciais ocorridas nas regiões administrativas do Estado no ano de 2009.

Tabela 1 - Agentes comunitários de saúde cadastrados no Telessaúde Brasil - Núcleo Rio de Janeiro, segundo regiões do Estado, 2009

Regiões	N	%
Região Metropolitana	33	33
Região Noroeste	0	0
Região Norte	1	1
Região Serrana	15	15
Baixada Litorânea	25	25
Médio Paraíba	26	26
Centro-Sul	0	0
Baía de Ilha Grande	0	0
Total	100	100

Os dados evidenciam que, dos FLB preenchidos, o maior numero de ACS está na capital e municípios da região metropolitana (Tabela 1). Isso provavelmente reflete o fato de que é nos grandes centros que se concentra a maioria das pessoas que vivem no Estado. Segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é na capital que reside cerca de 38% da população de todo o Estado. Mas também é digno de nota que regiões como Médio Paraíba, Fluminense e Baixada Litorânea se destacaram em quantitativos de agentes; por isso, embora não sejam regiões tão populosas quanto a capital, possuem um quantitativo

expressivo nesta amostra. Outro fator que nos chama a atenção é que nas regiões Centro-Sul, Fluminense e Baía de Ilha Grande não houve a presença de ACS cadastrados. Isso aconteceu porque os gestores municipais não aderiram ao Projeto até o momento da coleta de dados, embora tenham sido convidados.

Tabela 2 - Quantitativo de ACS por faixa etária e região, cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

Faixas Etárias	Regiões Administrativas								
	Metropolitana	Noroeste	Norte	Serrana	Baixada Litorânea	Médio Paraíba	Centro-Sul	Baía de Ilha Grande	Total
19-22	03	00	01	03	04	07	00	00	18
23-26	05	00	00	01	02	07	00	00	15
27-30	06	00	00	04	08	03	00	00	21
31-34	05	00	00	03	04	03	00	00	15
35-38	07	00	00	01	01	02	00	00	11
39-42	02	00	00	01	01	02	00	00	06
43-46	00	00	00	01	02	00	00	00	03
46-50	02	00	00	01	02	01	00	00	06
Mais de 50	03	00	00	00	01	01	00	00	05
Total	33	00	01	15	25	26	00	00	100

Segundo a amostra, foi na capital do Estado que houve o maior número de pessoas na faixa etária de 23 a 38 anos, com percentual de 69,7% (Tabela 2). O mesmo quadro se apresenta também nas outras regiões, com um percentual de 60% na Região Serrana, Baixada Fluminense e Médio Paraíba. Corroborando os dados acima citados, Mota (2010) nos relata, em sua dissertação, que encontrou como faixa etária predominante entre os ACS pesquisados, a de adultos jovens, com aproximadamente 63% dos ACS em idade entre 26 e 40 anos na área programática de seu estudo, na capital do Rio de Janeiro.

A população da capital em 2009, segundo fontes do IBGE (2009), chegou a 6.186.710 habitantes, e municípios circunvizinhos à capital, como os pertencentes à Baixada Fluminense, são também bem populosos. Alguns autores atribuem o maior número de pessoas em faixa etária laboral ativa ao crescimento urbano e à crescente oportunidade de emprego em algumas cidades, o que as torna mais atrativas que as demais num determinado território (CAIADO; SANTOS, 2003).

Patarra (1988) relaciona o aumento demográfico dos grandes centros a fatores socioeconômicos, culturais, ideológicos, à inserção no mercado de trabalho e cita também outros fatores, como maior acesso à educação, entre outros .

A oportunidade de trabalho como ACS pode ser o primeiro posto de trabalho formal que se apresenta para alguns, em especial para as mulheres, que veem esse trabalho como uma possibilidade de estar próximas à sua casa, o que pode trazer diversas facilidades, tais como supervisionar a família e os filhos. Outro ponto a ser considerado é que, com o concurso, a pessoa pensa em retornar ao mercado formal de trabalho ou ingressar nele. Essas questões emergem na mente de muitos trabalhadores ao ingressar em determinados postos de trabalho e empresas, principalmente quando realizam concursos. Em um processo seletivo para ACS, realizado no Rio de Janeiro em 2003, houve grande procura, porque as pessoas pensavam na possibilidade de ter um vínculo estável como funcionário público (MOTA, 2010).

Tabela 3 - Perfil de escolaridade dos ACS por Região Administrativa, cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

Escolaridade	Regiões Administrativas								
	Metropolitana	Noroeste	Norte	Serrana	Baixada Litorânea	Médio Paraíba	Centro-Sul	Baía de Ilha Grande	Total
Fundamental incompleto	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Fundamental incompleto	02	00	00	01	00	01	00	00	04
Médio incompleto	08	00	00	00	01	00	00	00	09
Médio completo	13	00	00	11	14	15	00	00	53
Científico	01	00	00	00	00	00	00	00	01
Técnico	00	00	00	00	00	03	00	00	03
Magistério	00	00	00	00	01	00	00	00	01
Superior incompleto	04	00	00	01	05	00	00	00	10
Superior completo	01	00	00	00	00	02	00	00	03
Não informou	04	00	01	00	04	05	00	00	14
Total	33	00	01	15	25	26	00	00	100

Esta tabela mostra dados importantes sobre a escolaridade dos ACS, o aspecto relevante dos 100 formulários preenchidos pelos ACS. Dez agentes estão cursando o nível superior de escolaridade, e 53 agentes, mais de 50%, apresentam nível médio completo de escolaridade. Segundo o perfil necessário para a seleção de agentes comunitários de saúde, a pessoa deve ter o nível fundamental completo

e ser moradora da comunidade. Abre-se a eles a oportunidade de ampliar seus estudos até o curso técnico. No entanto, o que se verifica é que o perfil de escolaridade dos ACS está mudando: eles estão estudando mais, indo muito além do estudo fundamental completo. Um fato interessante é que tem crescido o numero de ACS que cursam faculdade, e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) nos mostra que no estado do Rio de Janeiro tem crescido o número de instituições de ensino superior, o que por sua vez proporciona o ingresso nas faculdades.

Alguns autores têm ressaltado a importância dessa mudança no perfil de escolaridade, que seria uma resposta às necessidades de crescimento do ser humano e torna o homem mais livre, mais independente. Mota (2010), em seu estudo, analisa entrevistas com agentes comunitários de saúde; essas entrevistas revelam que muitos desejam, com o estudo e a educação, obter mais conhecimento para atuar junto à comunidade, entre outras coisas, se expressando melhor. Eles encontram no estudo uma forma de libertação e capacitação para seu trabalho, e muitos chegam a ingressar em cursos superiores.

A educação é um dos caminhos para a emancipação humana. Com esse tipo de educação deve-se buscar a construção da liberdade pessoal de crítica de todo indivíduo, como um processo de formação permanente, que supere a alienação na articulação dos conceitos de individualidade, buscando a ruptura com os modelos hegemônicos de transmissão verticais. A educação deve ter função social a cumprir, de maneira comprometida, para proporcionar a autonomia dos cidadãos, a fim de que o indivíduo possa conhecer o mundo e compreender suas contradições, para que lhe seja possível apropriar-se deste mundo e transformá-lo de acordo com suas necessidades (SILVARES; NOGUEIRA, 2009).

Pensando-se na formação do homem, esse fato pode ser entendido como a expressão social do processo de conhecimento e de sua realização individual, que pode ter um motivo além da subsistência: é uma expressão do seu desejo de ser mais (FREIRE, 2005).

No caso dos ACS, pode-se pensar que a educação é uma possibilidade gerada pelo trabalho associado, solidário, e que é possível desenvolver uma educação voltada para o esclarecimento desses indivíduos, levando-os a reconhecer a si próprios como seres inseridos no mundo, com capacidade de transformá-lo (SILVARES; NOGUEIRA, 2009).

Em relação ao perfil dos ACS distribuídos por sexo, nesta amostra há mais mulheres atuando como ACS do que homens, num percentual de 65,1% contra 37,9% de homens.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2001, aponta que as mulheres já representavam, na época, cerca de 42,5% da população economicamente ativa do país, ou seja, das pessoas que estão empregadas (SANTOS; JACOB; SANTIAGO, 2008). Como já esperado, a grande maioria dos ACS cadastrados são efetivamente mulheres. A própria história dessa classe de trabalhadores é marcada, desde o inicio no programa PIASS, na década de 70-80, pelas mulheres que eram convidadas a trabalhar e prontamente aceitavam, por desejarem uma fonte de renda e por estarem próximas ao seu lar; isso lhes conferia grandes vantagens: ser mãe e ao mesmo tempo trabalhadoras (SILVA; DALMASO, 2002).

David (2001) avalia em um dos seus estudos sobre os ACS que há um grande numero de mulheres ACS em todo território brasileiro. O ingresso como ACS pode ser uma oportunidade para as mulheres; por outro lado, trata-se de um trabalho que incorpora as características femininas e se apropria delas, em especial o cuidado, o devotamento e a atenção à família. Historicamente, o ser profissional ACS está associado ao sexo feminino. Esse perfil reafirma o histórico da profissão.

3.1.2 Formação e vínculo de trabalho

Os ACS cadastrados responderam questões sobre sua formação para o trabalho. Em relação ao treinamento introdutório, os dados nos mostram que 80% dos ACS cadastrados receberam treinamento introdutório; 14% relatam não terem sido treinados e 6% não responderam se foram capacitados ou não. Esses dados são de suma importância, pois observamos que a maioria dos ACS recebeu treinamento. O introdutório é importante, pois os agentes podem, no período em que é ministrado, adquirir noção de sua função e atribuições, para que possam começar seu trabalho junto à comunidade e tornar-se um elo entre esta e a unidade de saúde. Já no caso dos 14% dos ACS que não foram treinados, embora sejam um

numero pequeno, podemos pressupor que eles estão trabalhando sem a definição exata de sua função e sem nenhuma qualificação.

A Portaria n° 1886 (BRASIL, 1997a), nos itens 8.7 e 8.9, aprovou normas e diretrizes para a capacitação dos ACS. Deve ocorrer em serviço e de forma continuada, permanente, de acordo com as prioridades. Em 2003 foi formulada a política de formação desses profissionais, procurando prepará-los para o serviço. Logo em seguida, no ano de 2006, foi aprovada a Portaria do MS n° 648 (BRASIL, 2006d) com as atribuições dos ACS.

Relacionado à formação, a Lei n° 10.507 (BRASIL, 2002) definiu uma forma de qualificação do ACS: haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde, com o intuito de capacitar o ACS para desempenhar o seu trabalho. Esse treinamento introdutório é geralmente de curta duração e não há padronização, podendo cada município ofertá-lo de um modo. Nesse sentido, pode ser questionado em relação à sua capacidade de habilitar o ACS para atuar.

O Telessaúde entra nesse contexto não com o intuito de substituir o treinamento introdutório, nem tampouco de substituir a formação técnica dos ACS, mas com o objetivo de trabalhar de forma crítica a educação permanente desses trabalhadores. Pensando nisso, trabalhar a educação de forma crítica requer do instrutor e orientador trabalhar a educação com os educandos, tornando-se sujeito do processo em que devem crescer juntos.

Morosini (2010) nos mostra que a formação deve ser ofertada por instituições de ensino, e que deve ser garantida a formação de nível técnico para os ACS por meio dos módulos 1, 2 e 3 de capacitação.

Em relação aos treinamentos e às orientações ministradas aos ACS, autores tais como Bornstein, David e Araújo (2010) nos relatam que as informações a ser ministradas num treinamento precisam ter relevância para o trabalho do agente e devem ser definidas e compreendidas por eles como importantes para o seu dia a dia, os acontecimentos e as condições de vida da população que eles atendem

Quanto ao educador, ele pode, através de uma proposta de metodologia crítica, provocar, desafiar o sujeito educando; nesse caso poderá emergir, do sujeito provocado, a compreensão de novos desafios que irão surgindo no processo de resposta. Esse tipo de educação deve constituir-se de uma educação com vistas à prática libertadora.

O ACS não precisa de fórmulas, mas precisa construir as respostas às demandas de atividades que vão se dando no seu cotidiano, e neste momento entra a questão da reflexão sobre o que fazer, sobre o que está ao seu redor, sua comunidade, o esgoto que está a céu aberto, a infestação do mosquito da dengue, as caixas d'águas que não têm tampa, os surtos de diarreia, entre outras questões. E então aparece a questão da educação popular, que surge a partir do princípio de que cada indivíduo tem seu conhecimento baseado na sua história de vida e na do outro, na sua prática social e cultural; este é o ponto de partida para a aquisição de novos conhecimentos. Vislumbraremos agora outro ponto que é de grande importância para este trabalho: vínculos empregatícios.

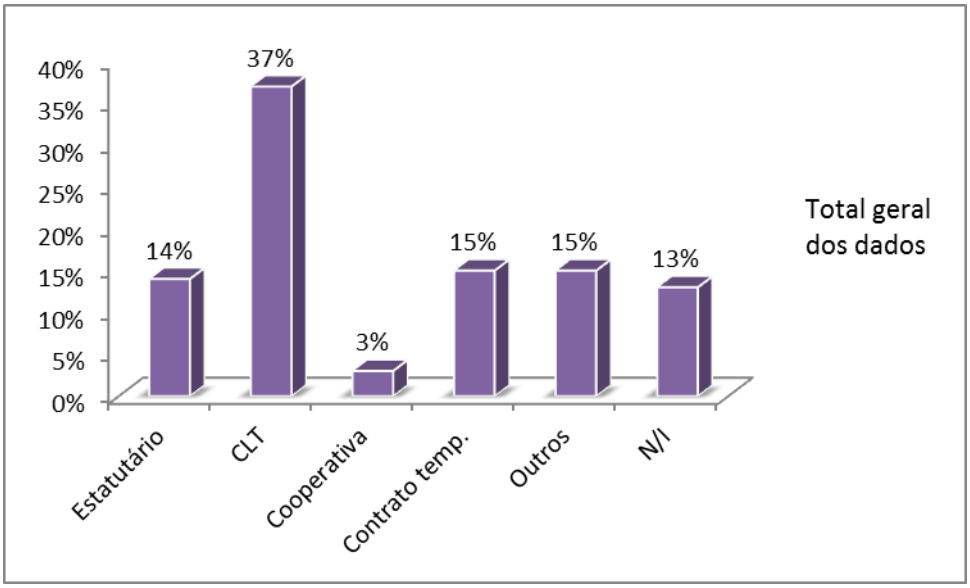

Gráfico 1 - Divisão dos ACS de acordo com vínculo empregatício cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro
Legenda: Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); não identificado (N/I).

É importante ressaltar que os dados desta amostra foram preenchidos pelos ACS do TS RJ. Assim, este gráfico nos mostra que o vínculo regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no estado do Rio de Janeiro alcança o maior percentual em relação aos outros tipos de vínculo (37%), como modalidade predominante. Porém, outras modalidades de vínculos, os chamados precários, somaram-se 33%, algo preocupante, porque estes não garantem estabilidade e

produzem rotatividade de pessoal, entre outras situações, fato que não fortalece o trabalho dos ACS, pois impede que haja devotamento, satisfação e efetivação do SUS.

Um ponto importante a salientar é que no Rio de Janeiro, na ESF, o profissional tem a opção de ser contratado de quatro principais formas.

Os trabalhadores, estatutários, provêm de concursos públicos sob administração do Estado.

Os celetistas podem ser aprovados por concursos ou prova de títulos. Em relação ao tempo de trabalho, este pode ser definido no momento da avaliação, de acordo com diversos fatores, dentre os quais podemos relacionar o desempenho, seja esse satisfatório ou não (FARIA, 2010). Quanto ao contrato tipo CLT, no estado do Rio de Janeiro, especificamente na capital, são as Organizações Sociais (OS) que têm gerido a vinculação.

Uma outra forma de vinculação é a cooperativa. Segundo o Decreto-lei 5.452/1943, art. 442 (BRASIL, 1943), o trabalhador cooperado não é caracterizado como empregado. Isso nos mostra que qualquer que seja a atividade da sociedade cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados.

A quarta maneira de contratar é por meio de contratos temporários, com tempo determinado para encerrar as atividades e tempo prescrito no contrato; essa forma confere rotatividade, o que dificulta a formação de vínculo entre o profissional e a comunidade e, consequentemente, compromete a efetivação das ações do SUS e a educação permanente.

O presente estudo nos traz informações que corroboram os dados da pesquisa de Morosini (2010). Tem-se ainda grande numero de ACS com modalidades de vínculos precários, principalmente os vínculos por contratos temporários e outros tipos, muitas vezes não especificados nas leis trabalhistas.

Morosini (2010), em seu estudo sobre o trabalho precário dos ACS, nos mostra que, entre os anos de 2001 e 2002, em 72,3% das equipes de saúde, os ACS apresentavam vínculos de trabalho precarizados, como contrato de trabalho temporário, contrato informal, verbal, entre outros.

Em contrapartida, o vínculo estatutário tem crescido, o que pode indicar alguma mudança nas formas de contratação, com percentuais significativos de vínculos por concursos públicos efetivos.

A Lei nº 11.350 (BRASIL, 2006a) no art. 8.º nos mostra, que os agentes comunitários de saúde tanto podem ser admitidos pelos gestores locais do SUS, bem como, pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), na forma do disposto no parágrafo 4.º do art. 198 da Constituição, com a submissão ao regime jurídico estabelecido pela CLT (BRASIL, 1988).

Temos o exemplo dum trabalho que está sendo realizado no Estado da Bahia: a desprecarização do trabalho dos ACS, uma Política Estadual para Desprecarização dos Vínculos de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, no ano de 2007, estabelecida como prioridade para efetivação dos direitos dos ACS pelo governador da Bahia (BAHIA, 2010).

Essa política regularizou o vínculo de trabalho dos mais de 30 mil agentes existentes, naquele momento. Para que essa lei fosse aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde em março de 2007, foi formado um Grupo de Trabalho composto de vários segmentos, como: Central Única dos Trabalhadores (CUT); Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa da Bahia; Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); Diretoria de Atenção Básica (DAB); Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP); Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS); Federação Baiana dos Agentes Comunitários de Saúde (FEBACS); Ministério Público Estadual (MPE); Ministério Público Federal do Trabalho (MPT); Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Contendores de Doenças Endêmicas e Epidemiológicas do Estado da Bahia (SINDACS); União dos Municípios da Bahia (UPB), (BAHIA, 2010).

Essa é uma iniciativa importante em que o governo do Estado da Bahia tem trabalhado junto à sociedade civil no intuito de fortalecer o reconhecimento desses profissionais.

3.1.3 Satisfação com o trabalho

As respostas à pergunta sobre o grau de satisfação do trabalhador ACS na amostra pesquisada geraram o gráfico seguinte.

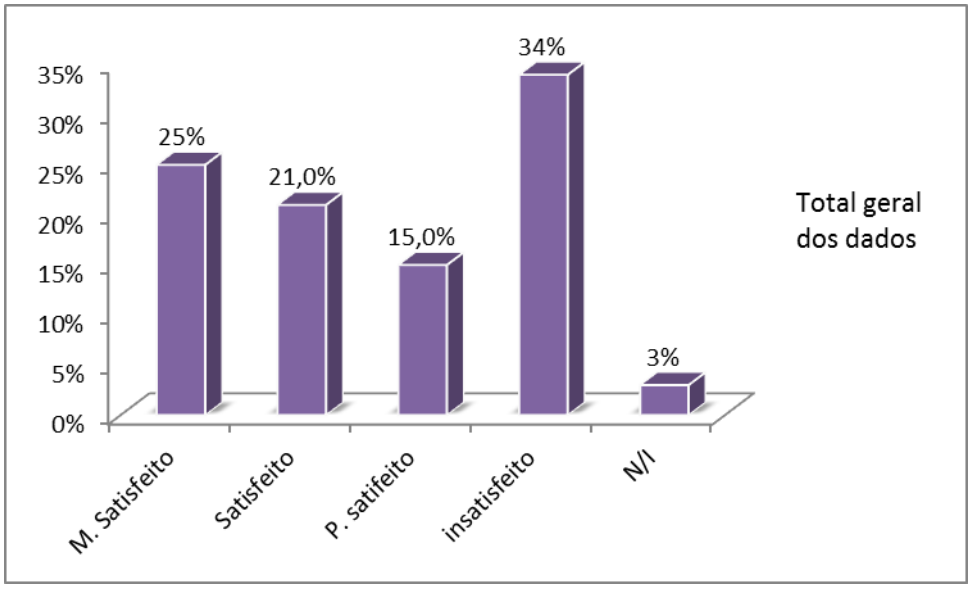

Gráfico 2 - Grau de satisfação com o trabalho cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro
Legenda: muito (M.); pouco (P); não identificado (N/I).

Pode-se perceber que, em relação ao grau de satisfação com trabalho, há um grande percentual de ACS insatisfeitos. As razões podem ser diversas. Podem estar relacionadas ao vínculo de trabalho, já que, segundo o Gráfico 2, há um percentual muito grande de ACS trabalhando em vínculos precários. E há, ainda, a questão do reconhecimento, que é recorrente nas falas dos ACS (MOTA, 2010; SANTOS, 2010).

Trabalhar com direitos trabalhistas assegurados, com expectativa de continuidade de seu serviço, é prazeroso para o indivíduo inserido no mundo do trabalho. Porém, quando este começa a trabalhar com vínculos precários, sem estabilidade, com prazos determinados de tempo para interrupção de suas atividades, isso pode gerar grandes dificuldades e ansiedades. Medeiros et al. (2010) corroboram esse pensamento quando relacionam a rotatividade em função das modalidades de trabalho com as rupturas de vínculos com as comunidades onde o trabalhador vai atender, prestar seu serviço, mas não dará continuidade a isso.

Mota (2010) relata outro fator que os ACS colocam como fonte de insatisfação: o fato de que deveriam ser mais reconhecidos pelo seu trabalho, pois trabalham muito, e exige-se muito deles, tanto por parte da comunidade como da unidade de saúde, pois esta lhes prescreve muitas atividades e solicitam o retorno

por meio de relatórios. A autora mostra que isso gera muita insatisfação e a sensação de não reconhecimento.

Por outro lado, encontram-se relatos sobre a satisfação de trabalhar como ACS. Autores como Scavassa, Bachilli e Spiri (2006) questionaram o sentido do trabalho do ACS e obtiveram como resposta que se trata de um trabalho importante, de que eles gostam muito, e o fazem com amor. Os autores ainda mostraram que os ACS, quando forçados a fazer o seu trabalho sem motivação e reconhecimento, não desempenham bem o papel.

Outro estudo sobre os ACS relata-se que uma parte significativa dos agentes considera o seu trabalho gratificante, quer pela possibilidade de ser útil, quer pelo apoio a uma população carente, e ainda acrescenta que eles dizem fazer o máximo possível para solucionar o problema do paciente e acham gratificante poder fazer alguma coisa pelo vizinho (SILVA; DALMASO, 2002).

É importante notar que o trabalho, além de ser uma forma de sobrevivência, constitui-se em umas das atividades fundamentais da existência humana. Deve motivar as pessoas a produzir bem-estar e os serviços necessários e indispensáveis à vida (DOLAN, 2006).

O autor acima citado ainda relata que a falta de motivação, entre outros fatores, com a presença de muitas exigências e falta de reconhecimento pode prejudicar o desempenho de maneira drástica no ambiente de trabalho (DOLAN, 2006). É importante estar satisfeito com que se faz, pois isso estimula a autoestima. O autor acrescenta que a autoestima é uma força que gera a motivação-satisfação, que nos aproxima de uma sensação de plenitude existencial.

3.1.4 Perfil de uso de tecnologias a distância

O uso das tecnologias não é algo novo. Podemos defini-lo como um meio de comunicação mediada por internet. Como instrumento capaz de gerar conhecimento, vem se colocando o debate sobre seus usos no campo da educação em saúde e da educação permanente. Belloni (2009) nos mostra que a educação a distância como processo de ensino e aprendizagem deve ser centrada no aluno. Para isto, é necessário que o educador procure conhecer as características do

aluno, sua condições sociais, econômicas, suas demandas, expectativas, para que este possa criar alternativas de condições para o autoaprendizagem.

Os resultados sobre os usos das ferramentas do Projeto Telessaúde Brasil – Núcleo Rio de Janeiro são aqui apresentados e discutidos quanto aos aspectos de domínio tecnológico pelos ACS, e quanto às suas potencialidades para a educação permanente deles. Reitera-se que a perspectiva educativa é a que vê a educação permanente como indissociável do trabalho, e o processo educativo como mediação que pode se apoiar nas situações-problemas vivenciadas por estes profissionais, a fim de manter um vínculo com o seu processo de trabalho e valorizando os conhecimentos que o profissional possui, não depositando conhecimento, mas partilhando-os.

O Gráfico 3 mostra a frequência de acesso à internet informada pelos ACS que fazem parte da amostra.

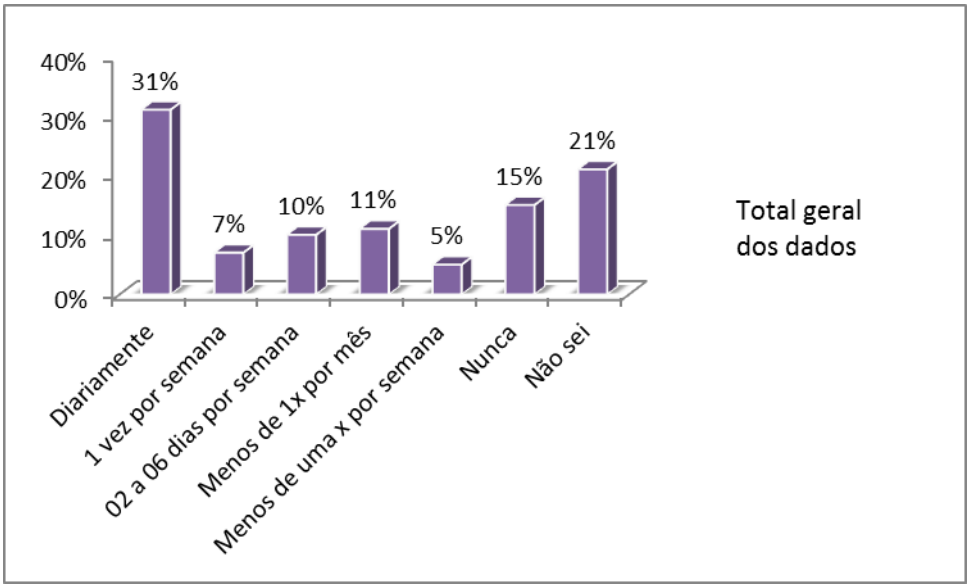

Gráfico 3 - Frequência de acesso à internet informada pelos ACS cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

O Gráfico 3 mostra que o acesso à internet é frequente por parte dos ACS, com um terço dos cadastrados realizando acesso diário e 33% que acessam com uma frequência menor, configurando um percentual total de ACS que acessam a internet de 64%, mais da metade dos que preencheram o FLB.

Portanto, uma disseminação do domínio tecnológico de uso da internet, que seria impensável há um tempo. O gráfico ainda nos mostra que 36% ainda não realiza nenhuma forma de acesso a internet. As razões pelas quais não acessam não constavam do FLB, mas pode-se inferir que, a exemplo do que ocorre na população como um todo, os mais jovens utilizam mais a tecnologia a distância que os de mais idade, o que, no caso dos ACS, é de certa forma confirmado pela informação obtida durante as oficinas presenciais, no momento do cadastramento dos ACS no projeto, apresentada mais a frente.

A inclusão digital vem avançando para a população como um todo. Na capital do Rio de Janeiro existem algumas localidades denominadas de "favelas/comunidades", que já possuem o serviço de acesso à internet de banda larga sem fio (*wireless*) gratuita implantado, o que disponibiliza o acesso a todos os moradores. Já no interior do Estado, muitos municípios ainda não dispõem de serviço de banda larga de internet amplamente disseminado. Mesmo assim, é um achado significativo este percentual amplo de acesso à internet pelos ACS, principalmente quando se pensa na questão da educação em saúde a distância de forma permanente mediada pelo Projeto Telessaúde RJ.

Como o uso da internet está ficando disponível a todos, entende-se, ainda, que a educação a distância pode ser mediada pela pedagogia da problematização de forma critica, na formação dos profissionais de saúde, com vistas à democratização de saberes. Trata-se de uma grande oportunidade no contexto das estratégias que visam a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e, consequentemente, dos seus programas e projetos, como o Telessaúde RJ. Silva e Dalmaso (2002) consideram que há uma grande necessidade de desenvolvimento e incorporação de tecnologias que apoiem a identidade do agente comunitário.

O Gráfico 4 mostra a frequência de acesso ao correio eletrônico pelos ACS.

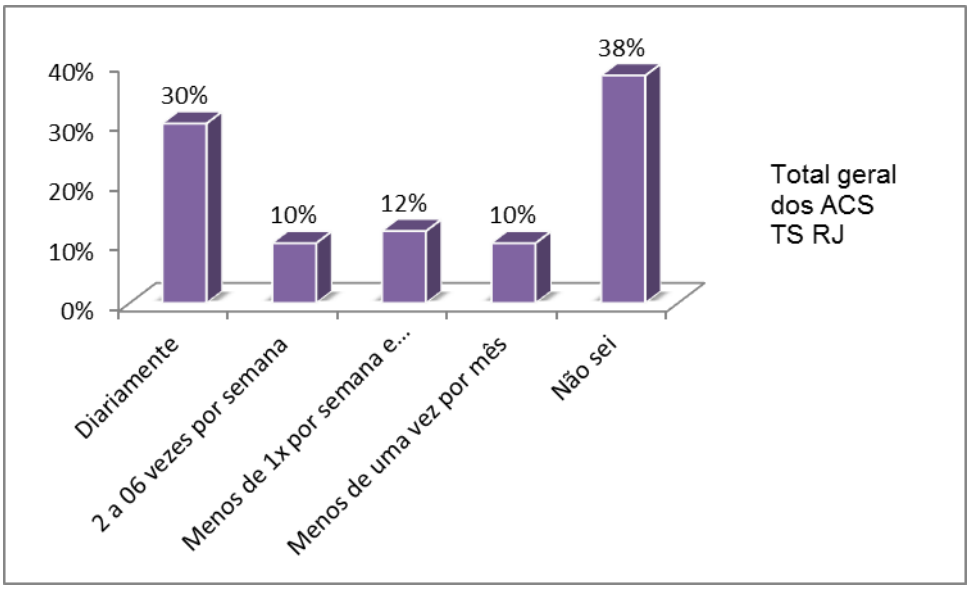

Gráfico 4 - Frequência de acesso à internet para verificação de caixa de mensagens cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

O correio eletrônico, também chamado pelo termo em língua inglesa e-mail, é hoje uma das formas para troca de mensagens, que preconiza que independentemente de onde o usuário estiver, elas poderão ser acessadas, inclusive por outros equipamentos além dos computadores, como os telefones celulares.

Acompanhando o dado sobre uso geral da internet, verifica-se que 62% dos ACS que participaram do estudo estão usando o e-mail, seja para comunicação entre si, comunicação com família, ou para assuntos de trabalho ou outros quaisquer.

Lemisz (2010) pontua que desde a difusão do uso da rede mundial de computadores – Internet – no Brasil, a partir da década de 90, as pessoas começaram a utilizar amplamente o e-mail como forma de comunicação. No século XXI, isto se tornou mais difundido, atingindo toda a população economicamente ativa. É uma ferramenta que se caracteriza pela agilidade, baixo custo e pela economia de papel.

Trata-se de uma mediação de comunicação importante, mas ainda subvalorizada no contexto das atividades de educação permanente a distância. É uma ferramenta em potencial, que poderia permitir aos ACS a comunicação ágil com seus supervisores e com teleconsultores a respeito de situações problemas. No

entanto, o uso dinâmico do correio eletrônico demanda a disponibilidade constante de acesso a um computador, preferencialmente de uso pessoal. Neste sentido, sendo o ACS um trabalhador que com frequência está submetido a condições não estáveis de contratação e cujos salários são baixos, estas podem se constituir em impeditivos a um uso mais amplo do correio eletrônico.

Nascimento e Trompieri Filho (2002) apontam os propósitos mundiais para o uso do e-mail ou correio eletrônico e informam que este pode ser implantado na escola, facilitando a comunicação entre professores e alunos, na atualização de informações, nas atividades de aprendizagem grupais, entre outras situações.

Em relação ao uso das ferramentas a distância para acesso aos sistemas informatizados do SUS, os ACS responderam a questões sobre ao acesso ao SIAB e à página na internet do DATASUS.

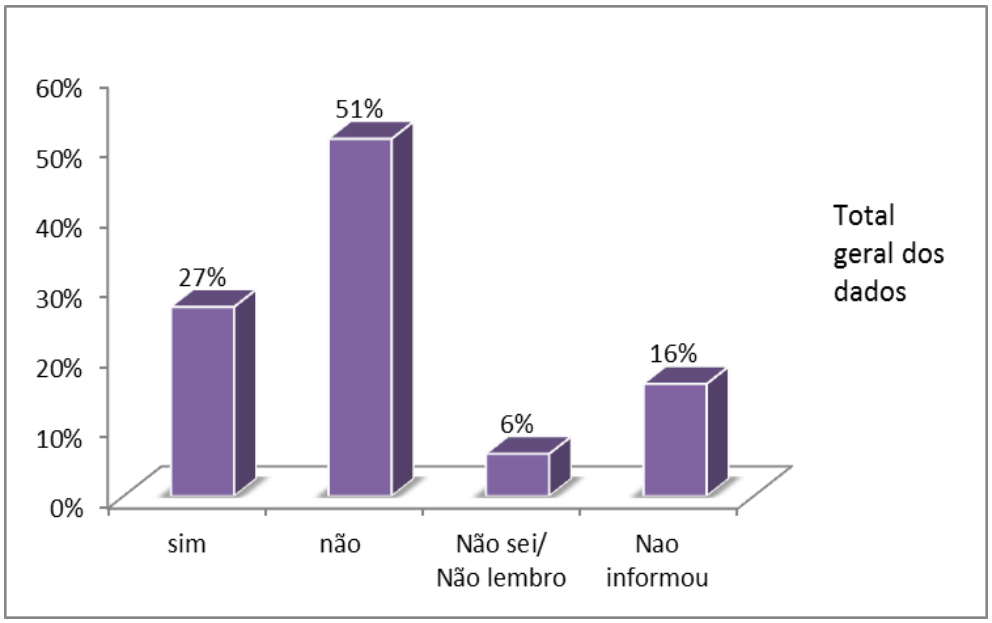

Gráfico 5 - Frequência de uso do programa SIAB pelos ACS por região cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

O SIAB é um instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou, em sua formulação, conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, estando completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes (BRASIL, 2003).

É importante lembrar que, na maioria dos municipios do Estado, o próprio ACS é que alimenta o SIAB, ou seja, insere os dados com relaçao as familias cadastradas e visitas. Trata-se de uma especificidade observada no contexto do Estado do Rio de Janeiro, uma vez que esta não faz parte das atribuições previstas na legislação para o ACS. Também a atualização do SIAB é feita pelos ACS todos os meses. O SIAB tem informações que podem produzir indicadores capazes de identificar os problemas da populaçao, através de relatórios com a produção de indicadores que orientem as ações de saúde e a partir da identificação de problemas. Pode-se encontrar informações a respeito das condições de moradia, alimentação, trabalho, entre outras.

É digno de nota o contraste entre o dado de uso geral da internet pelos ACS e a baixa utilização ou acesso ao SIAB, uma vez que 61% dos respondentes informaram nunca ter acessado o sistema. Trata-se de uma contradição em relação a atividade de trabalho dos ACS, uma vez que é este profissional que preenche a chamada Ficha A, que por sua vez ,é gerada a partir dos atendimentos que realizam a cada família da comunidade. Ou seja, o ACS é quem produz o dado, insere o mesmo no sistema, garantindo a construção de informações sobre o perfil de saúde das famílias, mas não se apropria ou utiliza desta informação por ele gerada. Pode-se, considerar, a partir do debate sobre conscientização que estes vivenciam, em relação à informação, um processo de alienação.

Há também uma contradição entre a informação do SIAB e conhecimento prático que o ACS adquire no seu trabalho cotidiano, sobre o perfil da população atendida e sobre a dinâmica social dos locais onde vive e trabalha, que apresentam questões e problemas os quais nem sempre podem ser expressos nos dados informatizados gerados a partir dos instrumentos existentes. Sobre o uso dos dados do SIAB, Freitas e Pinto (2005) pontuam que os profissionais de saúde admitem a utilidade dos sistemas informatizados, e que é necessário um processo de educação *in loco* para que os dados obtidos através do SIAB possam ser utilizados para criar ações eficazes no atendimento à população

Estes autores ainda afirmam que o SIAB possui um potencial para detectar desigualdades, micro-localizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores a partir da identificação de problemas e consolidar progressivamente as informações (FREITAS; PINTO, 2005). Trata-se,

portanto, de um desafio incluir os ACS neste processo de apropriação das informações do SIAB, informações estas por eles mesmos produzidas.

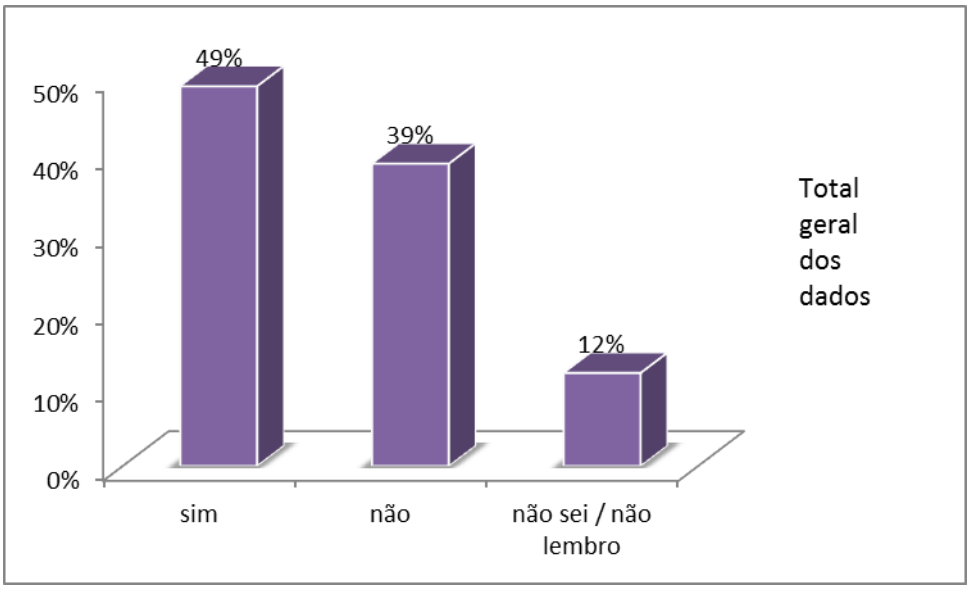

Gráfico 6 - Acesso às bases de dados do DATASUS cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

O sítio na internet de informações em saúde geradas pelo Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) constitui-se em ferramenta de informação relevante para os profissionais de saúde, pois disponibiliza um vasto conjunto de informações que podem servir para analisar as situações sanitárias e condições de vida nos municípios, colaborando no processo de tomada de decisões baseadas em evidências. Reúne em um mesmo endereço na rede informações sobre o perfil de saúde pública brasileira, dados de morbidade, mortalidade e outras situações de saúde, e disponibiliza informações sobre repasses financeiros e gastos em saúde, surgindo como possibilidade de ampliação geral do conhecimento (BRASIL, 2010).

O Gráfico 7 mostra os temas que os ACS indicaram, a partir de uma lista pré-definida no FLB, que consideravam prioritários para a sua educação permanente, a serem ofertados nas atividades do TS RJ.

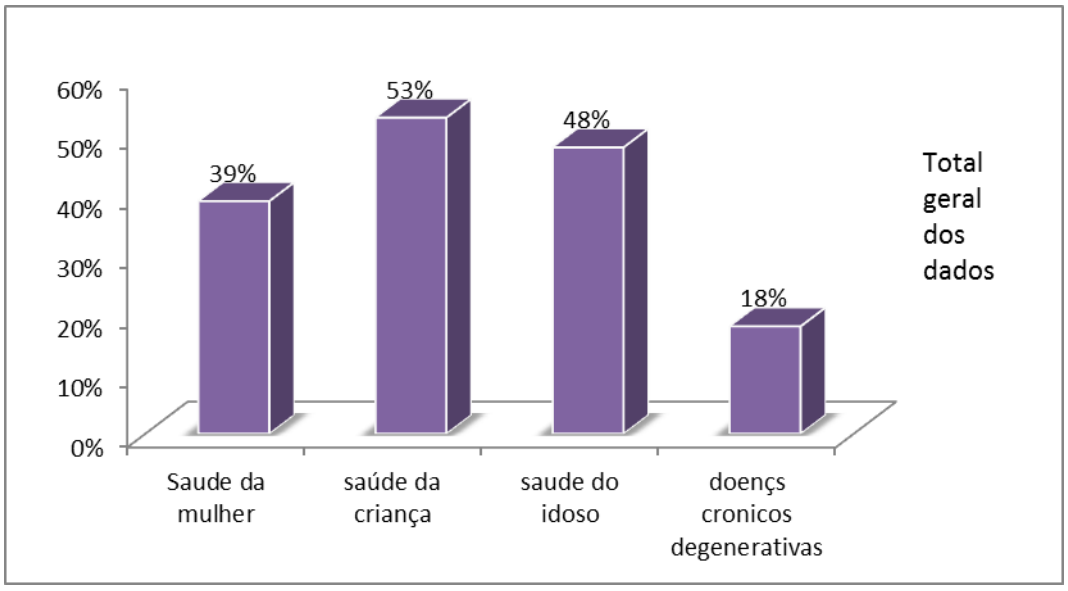

Gráfico 7 - Temas prioritários para capacitações futuras no Telessaúde cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

É nítido o interesse dos ACS pela ampliação de seu conhecimento sobre os temas saúde da criança, do idoso e da mulher, que são grupos prioritários no âmbito das políticas públicas de saúde por sua vulnerabilidade.

A saúde da criança é um tema que gera demandas de capacitação por parte de todos os profissionais de saúde e também pelos ACS, pois, dependendo da região e localidade, ainda estão presentes altos índices de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias nestas faixas etárias.

O agente tem se preocupado em trabalhar a questão da educação em saúde com este grupo e também se mobiliza intensamente para atender às famílias em situação em situações precárias de vida. Esta é uma situação que começa a apresentar mudanças nos indicadores, tendo sido esta atribuída a um conjunto de fatores, como melhoria das condições sanitárias, de acesso aos serviços de saúde, e com destaque para projetos governamentais de transferência de renda como o Bolsa-Família, destinado às famílias com situação de pobreza e extrema pobreza, com renda *per capita* de até R$ 140 mensais, assegurando a estas ajuda financeira e acesso a direitos sociais básicos (BRASIL, 2004c).

O interesse pela temática saúde do idoso refere-se à crescente proporção deste grupo populacional no contexto da população geral. Temos hoje em todo o país um numero expressivo de pessoas acima de 60 anos. A longevidade deve ser acompanhada de bem estar, saúde, qualidade de vida. Por isso, o Ministério da

Saúde tem criado muitos programas para atender o idoso, como as questões de orientação sobre alimentação, farmácia popular, a caderneta do idoso, bem como leis e portarias que asseguram direitos destes, como o Estatuto do Idoso, entre outros.

Este é um tema que mobiliza os ACS e em relação ao qual estes são cobrados pelas suas supervisões. Além disso, é também dentro do grupo de idosos em que estão pessoas que vivem sozinhas, em situações de abandono e miséria, o que também mobiliza o pendor solidário dos ACS (DAVID, 2001).

Para os profissionais de saúde torna-se um grande desafio lidar com esta mudança em termos de perfil populacional, especialmente no que tange à implantação de novas formas de planejamento das ações de saúde para proporcionar qualidade de vida aos idosos. O ACS, como está na comunidade é parte ativa na organização da assistência e do cuidado, portanto pode trabalhar a questão da educação em saúde dos idosos com ênfase no envelhecimento saudável. O ACS colabora para que sejam alcançáveis os direitos e garantias fundamentais dos idosos concernentes à saúde, regulamentados pela Lei nº 8.842/94 (BRASIL, 1994), que, no seu capítulo IV, artigo 10, informa

> ser uma das ações prioritárias a questão da prevenção e promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, também o atendimento domiciliar, realizadas mediante programas e medidas profiláticas que o ACS pode e deve estar inserido neste contexto como profissional de saúde.

O Pacto pela Saúde e pela Vida, em uma de suas premissas, afirma que o profissional tem direito à formação e educação permanente de saúde do SUS para atenção a pessoa idosa (BRASIL, 2006c).

Outro tema que se destacou foi o da saúde da mulher. Em relação ao perfil de saúde da população feminina, o Instituto Brasileiro de Estatística (IBGE, 2009) tem mostrado que nas Regiões Norte e Nordeste ainda é insuficiente o número de mulheres assistidas pelo pré-natal, com a predominância das afecções perinatais, provável reflexo da não-extensão de serviços de saúde de qualidade a toda a população. Em um estudo sobre a atuação dos ACS no âmbito da saúde da mulher, um estudo de Giffin e Shiraiawa (1989), já sugeriu, como atribuição dos ACS, a realização de grupos de reflexão, com orientação e troca de experiências, abordando assuntos como sexualidade, entre outros. Na experiência relatada, as

autoras desenvolviam atividades de grupo com gestantes, puérperas, procurando mobilizá-las quanto a sua saúde, nas suas diversas fases.

Essas respostas, no entanto, embora estejam consoantes com os perfis de saúde dos grupos apontados nas temáticas, podem ser apenas a expressão de uma prioridade que é colocada para os ACS a partir de normativas elaboradas pelos níveis hierárquicos da gestão e da supervisão dos serviços, e não a partir de um planejamento horizontal e participativo.

Análises críticas sobre o trabalho dos ACS, tal como as realizadas por Bornstein, David e Araújo (2010), apontam para as contradições inerentes à hegemonia do modelo biomédico de atenção, que se caracteriza pela definição de prioridades em função da magnitude patológica dos processos, em contraposição à elaboração compartilhada e coletiva de prioridades em saúde no nível local. Neste sentido, valeria explorar e aprofundar de que modo as temáticas apontadas são percebidas como prioridades pelos ACS, e a partir de quais questões concretas de saúde se sustentam estas escolhas.

3.1.5 Trabalho multidisciplinar

Apresento a seguir as respostas dos ACS da amostra às questões sobre a realização de trabalho multidisciplinar junto aos profissionais médicos e enfermeiros. O trabalho em equipe deve ter o objetivo de promover a qualidade do serviço, principalmente na área de saúde e em especial na rede básica onde o ACS é o mediador da comunidade e UBS. Faz-se necessária a interação entre os profissionais, como forma de qualificar o desempenho das equipes.

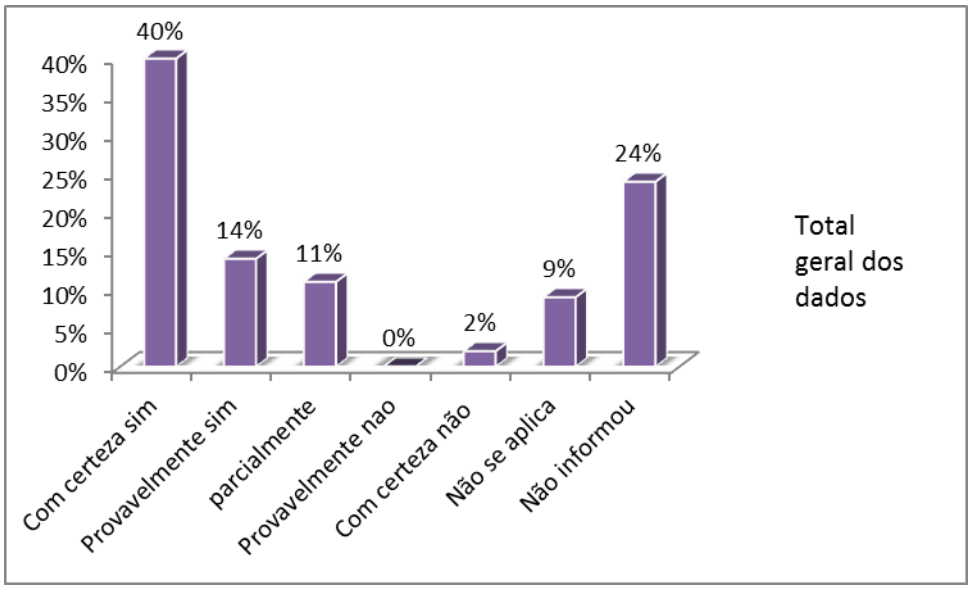

Gráfico 8 - Realização de trabalho multidisciplinar com médico cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

O Gráfico 8 nos mostra que 65% dos ACS afirmam trabalhar em atividades conjuntas ao profissional médico. É sabido que a comunidade demanda do agente que este favoreça a ampliação do acesso das pessoas aos serviços, e lhes solicita que marquem ou facilitem as consultas com o médico da unidade o mais rápido possível. Como o desenvolvimento de outras atividades conjuntas ao profissional médico não é descrito, e nem tampouco seja usualmente realizado, infere-se que as respostas se justifiquem pela proximidade diária do ACS com o médico para dar conta desta atividade de facilitação do acesso.

O próximo gráfico trará informações sobre o trabalho dos ACS e o enfermeiro.

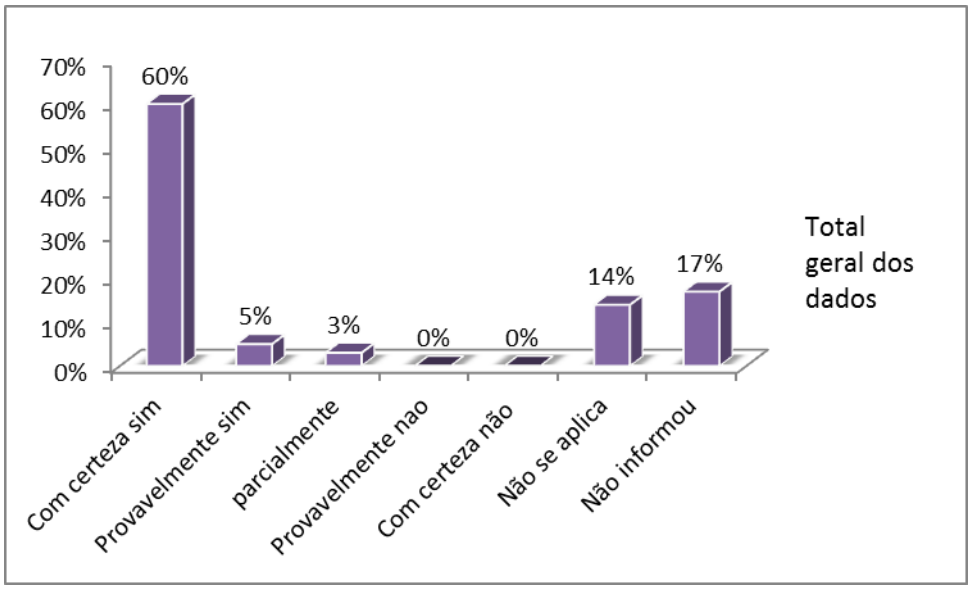

Gráfico 9 - Realização de trabalho multidisciplinar com enfermeiros cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

Na Estratégia Saúde da Família o trabalho colaborativo em equipe multidisciplinar é visto como uma das formas para o alcance da mudança do atual modelo de saúde. O ACS, como membro efetivo da ESF, está diretamente ligado à equipe principalmente por meio do profissional enfermeiro, pois é este quem usualmente o treina e recebe a incumbência de liderar, assumir e direcionar as atividades prescritas. Tem sido o enfermeiro o profissional que supervisiona e coordena as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (LEAL; MONTEIRO; BARBOSA, 2004). Nesta relação, o enfermeiro costuma acolher as demandas emergenciais, sobretudo em termos de visitas domiciliares, identificadas e trazidas pelos ACS. Os ACS também esperam que os enfermeiros-supervisores ajudem a legitimar sua atuação como educador junto às famílias mais resistentes (DAVID, 2001).

Pode-se afirmar que cabe ao enfermeiro, mais frequentemente do que a outro profissional, a incumbência de desenvolver os processos de educação permanente em saúde dos ACS, e também orientá-los quanto ao seu papel como educador. Cabe ao enfermeiro trabalhar a educação com vistas na perspectiva crítica, estabelecendo uma boa relação entre sua equipe de forma dialógica, baseado sempre no que cada um tem de conhecimento.

É importante salientarmos que não apenas os ACS, mas todos os profissionais da ESF devem conhecer a realidade da localidade onde atuam para

poderem desenvolver ações de promoção e proteção da saúde. Neste momento caberia, portanto, ao enfermeiro, junto ao ACS, desenvolver um diálogo crítico e problematizador no sentido de encontrarem possíveis soluções, com os usuários do sistema de saúde, para suas reais necessidades.

Embora o agente seja morador da comunidade, irá lidar com diversas situações que vão além das prescrições contidas em suas tarefas. Eles entram nas casas dos moradores, se defrontam com realidades, culturas e idades diversas, situações financeiras e sociais em relação às quais as orientações fornecidas pela supervisão não são suficientes. Cabe ao enfermeiro, e aos demais membros da equipe, dentro de suas competências profissionais, assumir determinadas intervenções e ações para a resolução das questões na comunidade adscrita.

O Gráfico 9, na folha anterior, tem demonstrado que os ACS têm trabalhado em atividades conjuntas ao enfermeiro, e o fazem com muita frequência, uma vez que há um percentual de 68% de respostas positivas. Isto indica que provavelmente o enfermeiro é o profissional que eles mais procuram para atender suas necessidades de busca de informação, educação em saúde, entre outras.

O planejamento participativo, em equipe, propõe elaborar planos de atendimento em conjunto para cada família, definindo claramente o fazer de cada um em relação ao caso. É nesse momento que os trabalhadores devem se reunir para conversar e poderem visualizar, com mais clareza, os processos grupais (FORTUNA, 2005).

O projeto Telessaúde RJ tem proposto e garantido aos profissionais de nível superior das ESF espaços de trocas de conhecimento, como a segunda opinião formativa para os profissionais. Para os ACS, a troca de informações se dá com base no uso do e-mail, na assistência às atividades de teleconferências. Torna-se um desafio pensar alternativas de mediação e comunicação a distância capazes de incluir mais os ACS como membros das equipes, vencendo os processos de hierarquização excludente.

Torna-se necessário garantir uma educação dos profissionais da Saúde de forma permanente, crítica, considerando as necessidades individuais de cada membro e as situações que estes se defrontam em seu trabalho. Neste sentido, reconhece-se a potencialidade do Programa Telessaúde Brasil junto aos profissionais de saúde da Atenção Básica, em especial os das regiões mais distantes, nas suas questões de integração e articulação dos processos

multidisciplinares de trabalho e quanto ao seu papel de educadores em saúde, por meio de ferramentas que permitam discussões, ainda que a distância, sobre o dia a dia de trabalho.

3.2 **Registro de observação das oficinas presenciais**

Este item tem por objetivo descrever minhas observações quando participei dos encontros presenciais, chamados *workshops,* nas regiões administrativas do Rio de Janeiro no ano de 2009, para apresentação do Projeto Telessaúde - Rio de Janeiro aos profissionais da atenção básica. Para esses encontros, foram convidados os ACS dos municípios, e, durante as reuniões, sua participação trouxe elementos importantes para este estudo.

Nessas oficinas, foram observados a troca de informações, o diálogo e a exposição de sentimentos dos indivíduos, os ACS, em relação ao que lhes foi apresentado. Cada uma das sete oficinas realizadas nas regiões administrativas do Rio de Janeiro teve sua peculiaridade, embora o foco tenha sido o mesmo. A expressão de alguns sentimentos se repetiu, pois a experiência dos ACS era a mesma: não sabiam por que estavam ali, visto que o propósito do encontro não lhes foi informado por seus gestores.

Durante a apresentação do Projeto ao agente, mostrava-se que o Ministério da Saúde incluiria o ACS na proposta de educação permanente a distância, via Projeto Telessaúde. Após receber essa informação**,** cada grupo de ACS expressava seus sentimentos, de acordo com o grau de indignação, surpresa e felicidade. O ser humano é essencialmente dado a emoções, e as emoções têm um papel importante em nossas vidas. Elas dão sentido a nossos sonhos, lembranças e percepções, e, quando alteradas, contribuem significativamente para as agitações psicológicas (HUFFMAN; VERNOY, M.; VERNOY, J., 2003).

Ao descrever as situações apresentadas e refletir sobre elas, procurou-se manter a perspectiva crítica, analisando o vivido e sentido pelos ACS, tendo como pano de fundo seu trabalho cotidiano.

Nesta análise, apoiei-me no conceito de prazer-sofrimento no trabalho e também nos conceitos de Paulo Freire, de educação transformadora. O conceito de

prazer-sofrimento tem sido estudado na psicodinâmica do trabalho de Dejours (1992). Há indicação de que o prazer no trabalho se produz nas situações de valorização e reconhecimento, especialmente o reconhecimento da chefia (FERREIRA; MENDES, 2001). Por outro lado, o sofrimento advém das situações de não reconhecimento e quando o trabalhador não se sente enxergado ou valorizado na sua integralidade (DEJOURS, 2004). Santos (2010) ainda nos relata em seu estudo sobre os ACS e o stress, que o não reconhecimento e a presença de ordens contrárias ao que indivíduo considera importante para seu trabalho pode levá-lo a total decepção, desânimo e apatia. Isso determina a falta de entusiasmo, fator que gera um efeito desorganizador sobre o sentido de seu trabalho e que vai caracterizando na pessoa uma negação, e a consequência é a desmobilização do trabalhador quanto ao trabalho.

3.2.1 O prazer de ser reconhecido

Os ACS expressavam felicidade nas oficinas por saberem que estavam incluídos como clientela do Projeto Telessaúde pelo Ministério da Saúde Destacaram que aquele momento era ímpar e de muita felicidade, pois como ACS é de classe majoritária em quantidade, mas pouco reconhecidos pelas políticas públicas, agora poderiam efetivamente participar de um projeto criado pelo MS.

Motta (2010), em seu estudo sobre a escolaridade dos ACS, discute os sentimentos, expressados durante as entrevistas, de bem-estar pelo reconhecimento por parte da equipe de trabalho. Ainda sobre essa expressão, Santos (2010, p. 70) mostra que “o tema sentimento de felicidade e bem-estar pode ser entendido pela verbalização de contentamento dos ACS com a realização do seu trabalho”.

Relacionado a satisfação no trabalho, podemos inferi-la quando notamos a felicidade que as pessoas tem no seu trabalho. A Satisfação no Trabalho é quase sempre avaliada perguntando-se as pessoas como elas se sentem em relação ao seu trabalho, através de questionários ou entrevistas. A satisfação no trabalho se produz quando a pessoa gosta do que faz no seu trabalho e quando o empenho nas atividades propostas é reconhecido, principalmente pelo empregador.

Após termos apresentado e mostrado a importância do Telessaúde para eles, a resposta imediata foi que levariam essa novidade (a da inserção do ACS) para todos os demais ACS e que se empenhariam ao máximo para acessar o programa e aprender a lidar com ele.

O sujeito ativo, além de cidadão com direitos e deveres no mundo capitalista e neoliberalista em que vivemos, também é um ser consumidor, e consumidor do que lhe convier, até mesmo do conhecimento.

David (2001), em sua tese de doutorado, nos mostra que o desejo de aprender por parte dos ACS reforça a disposição deles de atender melhor às demandas de sua clientela.

O Agente, ao ser incluído como partícipe deste projeto, pode e deve compartilhar conhecimentos, com o intuito de sanar muitas dúvidas que aparecem no cotidiano de seu trabalho. Essa apropriação, utilizando preferencialmente uma metodologia de problematização que considera o saber popular, torna-se fundamental para suscitar sujeitos críticos, autônomos. E o Projeto Telessaúde, como ferramenta de educação permanente através da internet, não se contrapõe a essa idéia.

O fato de ser uma modalidade educativa a distância reapresenta a questão da gestão do conhecimento, que no caso é autogestão. Essa autogestão não é estimulada nos processos educacionais tradicionais. Pelo contrário, a chamada “educação bancária” torna os alunos passivos e dependentes do professor (FREIRE, 2005). Trata-se, portanto, de um desafio que a educação a distância traz para a formação e educação permanente dos ACS.

O Projeto Telessaúde surge também como uma oportunidade de inclusão tecnológica e digital para uma categoria que tradicionalmente está excluída do acesso à modernização tecnológica. Nesse respeito, a expressão de prazer também está relacionada à perspectiva de aprender algo importante, que pode valorizar o trabalho do ACS ou conferir-lhe uma habilidade pessoal nova.

3.2.2 Momento de tensão - revolta e falta de reconhecimento

Os ACS destacaram, de forma negativa, a dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e dos gestores para com eles. Houve um momento de tensão, quando os ACS ali presentes demonstraram indignação ao relatar que não tinham ideia do objetivo da atividade, que muitos tinham ido por ir e que outros companheiros não tinham ido por não terem as informações corretas. Muitos relatavam: “estamos como marinheiros num barco sem rumo”.

Os ACS entenderam que os gestores estavam lhes negando uma informação importante, no entendimento deles, houve ocultação de um projeto que poderia ser de grande benefício para eles e que, embora alguns não soubessem lidar com o computador, eles iam se cadastrar, e usariam de fato. Outros acharam que era mais um daqueles treinamentos cansativos. Isso mostra que os ACS não se sentem reconhecidos na equipe de saúde, pois, se assim fossem, seriam avisados com clareza sobre os propósitos da oficina, que já haviam sido pactuados com os gestores. Não se pode afirmar que de fato assim tenha ocorrido, mas a expressão do desprazer, pelos ACS, indica que o não reconhecimento é vivenciado constantemente.

As expressões acima demonstram que o ACS sentem-se colocados em segundo plano em relação aos demais profissionais da equipe. Isso remete à sua posição dentro desta equipe, que tem sido considerada por alguns autores como hierarquizada (MOROSINI, 2010). Em um estudo sobre a comunicação entre profissionais da ESF, Cardoso e Nascimento (2010) relataram que a comunicação entre as instituições de saúde e os ACS ainda acontece de forma predominantemente verticalizada, com pouco ou nenhum espaço para o diálogo e a participação destes.

Santos (2010, p.82) ainda expõe a questão do apoio gerencial, dizendo:

> que um relacionamento sem confiança, no qual falta apoio e colaboração, pode trazer um alto grau de tensão e estresse dentro do grupo ou organização. Isto foi observado nas expressões de alguns agentes que não foram avisados sobre sua inserção no programa. Este é um dos aspectos que interferem na relação com [...], as respostas que recebe de seus superiores.

Quando o sujeito do trabalho não é reconhecido pelo outro, pode-se considerar configurado um quadro de alienação social (VALLE; DAVID, 2010).

Quando as pessoas ingressam em uma determinada organização, criam uma série de expectativas quanto aos retornos pretendidos pelo seu trabalho. Em outro estudo, parte do Projeto de Pesquisa mais amplo, os ACS disseram que o que os deixa mais aborrecidos é que, embora estejam na equipe de saúde, só são vistos como cumpridores de tarefas, nada mais (VALLE; DAVID, 2010).

Também Mota (2010) encontrou falas semelhantes em seu estudo de dissertação de mestrado, no qual os ACS disseram que deveriam ser um pouco mais reconhecidos, porque trabalham bastante. Exige-se muito deles, com prescrições de tarefas, e há pouco reconhecimento.

A valorização do trabalho é algo importante e significativo para o trabalhador. O sentimento de reconhecimento significa ser lembrado no trabalho. Por isso, podemos entender a indignação dos ACS quando não foram informados pelos seus gestores do propósito do Projeto e da viabilidade do uso para todos profissionais de saúde, inclusive os ACS.

Santos (2010, p. 82) relata que o não reconhecimento do profissional leva a sentimentos de decepção, desânimo e apatia. Em seu estudo, ele traz a fala de um ACS:

> [...] a desvalorização do meu trabalho, o não reconhecimento por outras pessoas acaba fazendo com que nos sintamos [...], mais estressados, que as funções tomem um peso ainda maior para nós, pois só há prescrição; e a valorização, onde está?

Dejours (2004) nos mostra que o caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real pode e deve ser criado pelo sujeito que trabalha, e que este precisa ter reconhecimento, para que não haja sofrimento e desilusão do seu trabalho, seja na comunidade, seja na equipe.

O descontentamento encontrado nas falas dos ACS da pesquisa de Santos (2010), é uma realidade também encontrada nos participantes das oficinas. Este fato, o descontentamento pela desvalorização, pode trazer desestímulo ao trabalho da pessoa, gerando grande insatisfação; esse fato pode gerar vários transtornos, como diminuição da qualidade do serviço, entre outros. O que pode gerar nos trabalhadores é a emoção da raiva, pelo descontentamento, que é uma resposta a uma dor emocional.

3.2.3 Sentimento de apreensão diante do uso da ferramenta da internet

Alguns ACS expressaram apreensão: relataram que, por não terem computador em casa e talvez não poderem usar um da Secretaria de Saúde, o seu acesso à internet e, consequentemente, ao Telessaúde, não seria possível. No entanto, no âmbito do Projeto Telessaúde Núcleo RJ, está pactuado com os gestores o recebimento de um computador com instalações de mídia para acesso à internet, para garantir que pelo menos uma máquina fique à disposição dos profissionais participantes. Não apenas os ACS desconheciam esse fato, mas também os demais profissionais.

Após o cadastramento, mostramos que eles poderiam acessar o programa de qualquer computador com internet compatível. Poderia ser de casa ou de uma *lanhouse.* Depois disso, alguns disseram que, alegres pelo fato de ser apresentados ao Projeto, esperavam que este lhes abrisse a oportunidade de obter mais conhecimentos, e que o Projeto deveria continuar, para atender à grande necessidade de educação e de capacitação dos ACS. Tornar o sujeito ativo no processo de ensino-aprendizagem é um princípio da educação crítica. Em relação à autonomia do sujeito, este pode e deve ser ativo para que possa ser dono de sua querer, desejar e fazer, tornando-se capaz de fazer suas escolhas, porem ao fazê-las esses tem que se responsabilizar pelos efeitos destas ações e decisões tomadas em toda sua vida, efeitos estes que podem ser positivos ou não (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

Em todas as oficinas dava-se ênfase à questão da inserção dos ACS no processo dinâmico do Telessaúde, e ao fato de que eles, como sujeitos ativos, iriam se beneficiar das ferramentas propostas de educação permanente. Além disso, eles perceberam que isso poderia proporcionar um momento de troca de experiências com colegas, também como forma de melhorar sua atuação na profissão.

É importante pensar no contexto do agente comunitário, que transita entre o saber local e técnico-científico, e no ACS como um trabalhador da atenção primária, pouco reconhecido. Aí também pode entrar o papel da educação permanente a distância como ferramenta a ser utilizada no seu cotidiano de trabalho. Com o projeto Telessaúde, surge a oportunidade, para os agentes, de capacitar-se permanentemente através da internet para qualificar seu trabalho e de apropriar-se

do uso de tecnologias que tradicionalmente não estavam ao alcance das populações mais pobres no Brasil.

Freire (2005) caracteriza as situações-limite como aquelas que impedem uma pessoa de ser mais, e para as quais não há respostas imediatas. Para muitos ACS, principalmente os que nunca tiveram contato com a internet ou não têm o hábito de usá-la, essa pode ser uma situação-limite. Freire ainda afirma que os homens são conscientes e que encontram em sua vida obstáculos que precisam ser ultrapassados. Essas situações provocam em cada indivíduo reações diferentes. É preciso entender o processo em que se está envolvido, para poder transpor o que se coloca como barreira, mas o homem tem de querer e desejar a mudança.

Freire (2005) traduz o conceito de inédito-viável como uma possibilidade ainda não vivida, mas que é viável, pode acontecer, e que depende do desejo de cada um e da construção coletiva do processo. No caso dos ACS, eles devem vislumbrar novas situações a superar, e então desejar e procurar caminhos para resolver os problemas da comunidade e da sua própria categoria como trabalhadores.

Em relação à educação crítica, ressalta-se que aprender envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. Por isso, estar cadastrado nesse projeto de educação permanente a distância pode ser mais que uma capacitação vertical, e pode permitir momentos de reflexão crítica sobre a prática ou sobre como está se dando essa prática. E, como ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua construção, quando se trabalha com os ACS deve-se pensar e estar aberto às indagações, às perguntas e às dificuldades deles, respeitando a autonomia do ser educando (FREIRE, 2005).

No final de cada oficina, ficou notado que os ACS estavam entusiasmados com a proposta do Projeto. Quando passamos ao treinamento prático, de uso das ferramentas por meio de computadores disponíveis, algo muito interessante aconteceu em todos os momentos presenciais: como muitos ACS nunca tinham feito uso, na vida, de um computador, os mais jovens e aqueles que já possuíam conhecimento sobre computador/internet ajudaram os outros a lidar com o equipamento e a criar e utilizar um endereço de correio eletrônico. Para muitos, como já comentado, foi um momento ímpar ligar um computador e criar *e-mail* próprio, e poderem se cadastrar. Por fim, solicitamos que os presentes expressassem sua opinião sobre o projeto. Foram muitas demonstrações de

satisfação, e nós, por outro lado, também nos sentimos gratificados. Cabe neste momento enfatizar que os desafios presentes e futuros para a consolidação dos ACS no Projeto ainda são muitos, e que os ACS precisam utilizar mais as ferramentas propostas pelo projeto. É necessário, também, que sejam criadas possibilidades para isso.

Passou-se ao preenchimento presencial do Formulário de Linha de Base. Foi explicado passo a passo como devia ser preenchido, e mostramos que havia um espaço de suma importância aberto para a proposta de temas para teleconferências futuras. É esta a fonte de dados cujos resultados passaremos a discutir.

3.3 **Análise da participação dos ACS via Teleconferências**

Em relação a assistência às teleconferências pelo ACS, foram utilizados como instrumento de coleta de dados as planilhas do Excel geradas pelo sistema de acompanhamento acadêmico do TS RJ, a partir das quais foi quantificada a informação relacionada às atividades que se realizaram do mês de abril a dezembro de 2009.

O Gráfico 10 demonstra o quantitativo de ACS que assistiram às teleconferências no Projeto, no ano de 2009.

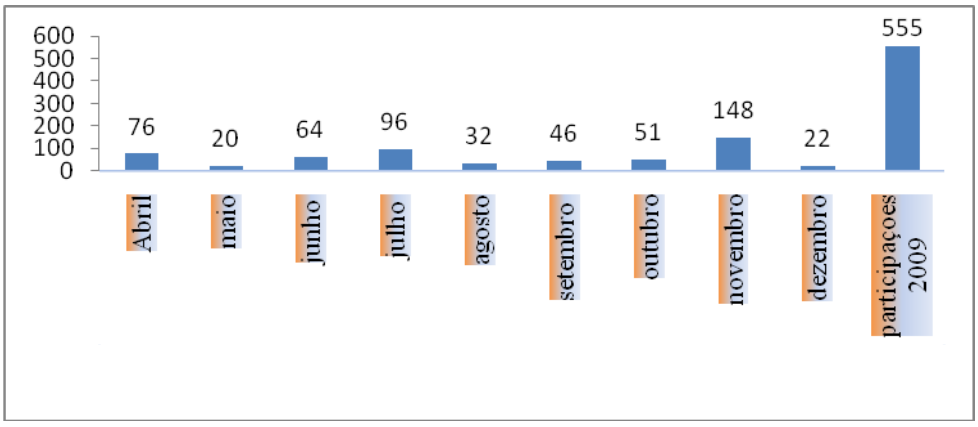

Gráfico 10 – Participações dos agentes comunitários de saúde nas teleconferências no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

O Gráfico 10 nos mostra que os meses de abril, junho, julho e novembro de 2009 receberam maior participação dos ACS nas teleconferências. Acreditamos que o aumento das participações se deva aos workshops presenciais realizados em várias cidades do estado do Rio de janeiro, nos quais foi possível explanar sobre o objetivo do projeto e como estes poderiam participar.

É importante frisar que as teleconferências se deram através de encontros semanais com teleconsultores de cada área ou profissionais especializados em vários assuntos. Este momento interativo tem propiciado interação entre o conferencista e os expectadores em tempo real (BRASIL, 2009).

Em relação às teleconferências, alguns temas foram escolhidos a partir da identificação das demandas dos profissionais no FLB, instrumento que estes preencheram nos Workshops. Outros temas foram incluídos em função de demandas, pelos participantes, de desdobramentos ou novas temáticas durante ou após as teleconferências, ou por questões que permeavam o cenário de saúde no momento, a exemplo da epidemia de Influenza A.

Durante o ano de 2009, observamos que as teleconferências apresentaram índice de freqüência flutuante, mas que sempre havia algum interesse em assisti-las. Provavelmente, no inicio da implantação do Programa Telessaúde houvesse uma curiosidade a respeito da ferramenta. Da parte dos ACS, no entanto, acredita-se que sua participação se deu após terem sido informados da existência do Programa, assim como pela necessidade ou desejo de qualificação que os ACS costumam expressar.

Uma dificuldade, já relatada por Faria (2010) na participação em teleconferências, é o fato de que estas são emitidas em horários dentro da jornada de trabalho. Os ACS que participaram de algumas teleconferências relataram que isto é um dificultador, em especial quando estão em atividades na comunidade, sem acesso à internet. Por outro lado, há, com freqüência, dificuldade também de reconhecimento, por parte dos gestores, da importância de garantir um tempo, dentro da jornada de trabalho, para as atividades de educação permanente. Há um compromisso formal, firmado durante a adesão ao Programa Telessaúde, de liberação dos profissionais. Na realidade, no entanto, observa-se que há dificuldades em colocar em prática esta premissa.

Os assuntos de teleconferências que mais obtiveram a frequência de ACS foram: O ACS na atenção básica de saúde; A comunidade sabe o que é PSF; H1N1;

O que devemos saber sobre o álcool?; Dengue na comunidade: cuidados de enfermagem e competências dos ACS. Estes temas focalizaram a atuação dos ACS nestas temáticas e, acredito que este foi um dos motivos que levou os agentes a se interessarem em assisti-las. Embora este fato tenha contribuído para expressiva assistência, os ACS não deixaram de assistir outras teleconferências, com outros temas, mesmo que não tivessem o enfoque direto para suas ações de saúde na comunidade.

Algo que nos chamou a atenção é que os ACS, nas respostas no FLB, identificaram temas a serem discutidos nas teleconferências como mostrado anteriormente no Gráfico 7 (f. 80), como saúde da criança, idoso e mulher. Muitas teleconferências permeavam estes temas, fato este que tornou a assistência mais significativa.

Faria (2010), em seu estudo sobre a participação da enfermagem no Telessaúde Núcleo RJ, afirma que os profissionais que mais aderiram no ano de 2009 a esta ferramenta de ensino foram os enfermeiros e os ACS e, em relação aos ACS a autora relata que alguns destacaram que as capacitações que recebem são incipientes, não enfocam os problemas do cotidiano de trabalho. Acreditamos ser este um dos pontos que também contribuíram para que os ACS a aderissem às teleconferências.

O Telessaúde com seu instrumento assíncrono tem proporcionado educação em saúde para os profissionais da saúde básica, e pode-se fazer muito mais. Uma das formas é trabalhar a educação de forma crítica e mais democrática, mas também de maneira popular, para entender a educação como um processo de busca e de invenção ou reinvenção que parte da ação e da reflexão do homem sobre o mundo para transformá-lo. É importante problematizar experiências ou situações vividas que vão se constituindo em desafio para a transformação e, portanto, em fonte para a organização do conteúdo programático do processo educativo: “a incerteza como caminho de ganhar a certeza.” (FREIRE; BETTO, 1991, p. 76).

4 **CONCLUSÃO**

A proposta da educação permanente, visa a mudanças das estratégias das organizações e deve ser construída a partir da prática concreta do que as equipes de saúde trazem para discussão como sendo suas necessidades. As demandas para capacitação devem se definir a partir das necessidades individuais e coletivas de atualização, com base nos problemas assistenciais, educativos e da gestão.

Pensar em educação permanente é pensar em uma abordagem transdisciplinar, que propicia a democratização dos conhecimentos e do enfrentamento criativo das situações de saúde.

Acredito que o conhecimento adquirido continuamente, no dia a dia, tem a capacidade de levar o individuo a estabelecer um paralelo entre seu conhecimento local com o teórico, de forma crítica e consciente. É assim que entendo o trabalhador ACS, como um ser crítico, que traz à tona as necessidades concretas, e contribui efetivamente para qualificar as ações de saúde, por sua característica de mediador entre serviços e comunidade.

É importante salientar que a educação a distância tem com um dos objetivos ultrapassar as barreiras geográficas e de tempo, evitando os deslocamentos para a busca do aprendizado. Este educando pode estar onde quer que seja, mas isto não o impede de desenvolver e envolver-se com seu aprendizado no momento que lhe convier. Este fato é de suma importância principalmente para quem mora em lugares longínquos, que não oferecem fácil acesso a centros universitários, ou a uma orientação sobre sua pratica.

Neste estudo, foram analisadas informações do Formulário de Linha de Base preenchido por um grupo de ACS cadastrados no projeto Telessaúde Rio de Janeiro. O perfil demográfico deste grupo é jovem, o que sinaliza, conforme dados da pesquisa, uma crescente familiaridade com o uso de tecnologias a distância, como maior facilidade de acesso à internet. O domínio desta ferramenta disseminada e usada mundialmente, tem se inserido no perfil deste profissional e isto funciona como o meio importante de busca de informações e capacitações virtuais.

Um outro ponto que foi verificado, é que os ACS têm buscado estudar, alguns cursando nível universitário, para melhorar sua forma de abordagem à comunidade.

Isto de certa maneira possibilita o entendimento de uso das ferramentas da internet como meio de busca de conhecimento.

Relacionado à categorização por sexo, o predomínio dos ACS é de mulheres, isto tem base na historia, pois desde dos primórdios da profissão, a mulher está sempre na frente de trabalho, muitas vezes por questões de renda familiar e proximidade de seu lar.

Os resultados deste trabalho nos mostraram que muitos receberam treinamento introdutório, o que facilita sua atuação, porém vêem o Telessaúde como um processo de educação permanente que não substitui o treinamento técnico, mas como uma possibilidade de atualização e problematização de sua pratica, para melhor atendimento de suas necessidades como trabalhadores.

Os vínculos de trabalho se dão, sobretudo pela contratação segundo a Consolidação das Leis do Trabalho, embora exista um processo de precarização em curso, com subcontratação ou contratos temporários, que geram um índice alto de insatisfação. Esta instabilidade de trabalho eleva o numero de rotatividade dos profissionais, que descontinua os serviços implantados, pois com vínculos instáveis e com tempos determinados proporciona-se descontinuidade no processo de efetividade das ações do SUS.

As dificuldades de cumprimentos das leis trabalhistas com relação a vinculação dos ACS geram tensão, insatisfação e no contexto da educação em saúde de forma permanente trazem grande prejuízos no sentido da descontinuidade do processo. Esta situação tem gerado repetições de atualização, gastos demasiados por parte dos gestores com capacitação de novos profissionais que são inseridos no sistema de saúde constantemente, o que consequentemente interrompe o fluxo atendimento de qualidade da população.

O ACS tem acessado a internet, conforme constatado nesta pesquisa, e tem se apropriado dos meios de comunicação como correio eletrônico. Buscam informações no ambiente virtual do Ministério da Saúde – DATASUS, como forma de saberem qual a real situação de sua localidade. Algo que foi notado é que os ACS não estão usando eficazmente a ferramenta que está mais próxima deste, chamada SIAB, que é o sistema informatizado especifico da Atenção Básica, e que depende, prioritariamente, de dados produzidos pelos ACS. Neste sentido, vivenciam um processo de alienação, que se alia à sobrecarga de trabalho proporcionada pelas atividades de preenchimento e digitação de dados. Entendo, a partir deste resultado,

que esta é uma contradição a ser enfrentada e melhor compreendida, nos processos formativos e de gestão do trabalho do ACS.

O Telessaúde, como processo de educação permanente, possui potencialidade para dar suporte a estes profissionais no intuito de ajudá-los a enfrentarem seus problemas locais. Mais que isto: a fomentar neste o sentido do pensar e produzir soluções criativas (e não apenas aplicar normas estabelecidas na Unidade de Saúde), trabalhar em equipe, aprender (permanentemente), adaptar-se e responder a novas situações.

O notado é que os ACS desejam muito interagir com as atividades preconizadas pelo projeto, pois vêem reais possibilidades de sua utilização no cotidiano de trabalho como uma educação crítica, problematizadora, de forma permanente, que dê visibilidade as suas questões. Algumas dificuldades se colocam para serem vencidas, em especial a destinação do tempo de trabalho, dentro da jornada de trabalho, para as atividades de educação permanente. Embora o ambiente virtual do Telessaúde permita o acesso a atividades gravadas, o que pode ser feito em horários fora da jornada diária, entende-se que a educação permanente deve contemplar ações pedagógicas no e para o trabalho. Trata-se de um desafio, em especial para a gestão do trabalho, incorporar a educação permanente como prática cotidiana. Do ponto de vista normativo, já há o compromisso firmado com os gestores no momento da adesão do projeto, mas no âmbito dos processos de trabalho cotidianos, isto ainda não ocorre.

Foi constatado que os ACS procuram no seu dia a dia de trabalho realizar trabalho multidisciplinar junto de sua equipe com o médico, mas principalmente com o enfermeiro, que além de ser seu supervisor é o seu orientador. Isto confere à enfermagem uma responsabilidade junto a este profissional, pesando a não existência de regulação normativa que atribua exclusivamente ao enfermeiro à supervisão dos ACS. No entanto, do ponto de vista ético e político, é evidente que se trata de uma articulação de apoio importante e histórica, e que deve ser valorizada pelo enfermeiro.

É importante salientarmos que os ACS nas oficinas presenciais, identificaram sua vontade de inserção no projeto como processo de educação permanente, pois viram que este privilegia essencialmente os profissionais que buscam gerir sua própria aprendizagem. Acredita-se que esta é uma potencialidade que o ACS possui – a de realizar a gestão da própria aprendizagem, sem prejuízo da formação técnica

completa e de qualidade, compatível com as atribuições que possui. O Telessaúde não se apresenta como excludente em relação às atividades presenciais, em especial àquelas que visam estabelecer processos de educação em saúde de forma dialógica e critica.

Temas apontados nos FLB pelos agentes pertinentes à sua pratica, foram discutidos pelo projeto para a efetivação da prática do cotidiano dos ACS no Telessaúde, via teleconsultores de forma dialógica, através das teleconferências, de uso síncrono – no momento da exposição, e assíncrono – visualizado quando for possível para o profissional. O notado foi que os ACS conseguiram organizar seu tempo de trabalho e assistir as teleconferências. No momento síncrono, ou on-line, os ACS participaram de modo interativo, levantando questões pertinentes a sua prática, mostrando seu interesse pelo assunto e que estão dispostos a mais. Isso foi demonstrado no final de cada sessão, quando traziam outros temas para discussão em outros momentos. A interatividade é umas das prerrogativas da educação a distância, e representa o contraponto à educação bancária, onde os ouvintes são considerados como depósitos.

Reconhece-se que os trabalhadores ACS que buscam esta modalidade a distância como fonte de atualização, capacitação e diálogo estão imbuídos da vontade de ser mais, como descrevia Paulo Freire, de quererem mais, por verem que as possibilidades existem, e que podem e devem se apropriar destas, pois como membros efetivos da equipe de saúde possuem os mesmos direitos à educação permanente e à qualificação do seu trabalho, assim como todos os demais profissionais de saúde.

Apoiando-me na reflexão critica sobre a prática estabelecida por Paulo Freire (2005), entendo que o conhecimento envolve um movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. A formação permanente é, portanto, oportunidade para a reflexão critica sobre a prática em saúde. É, no entanto, ingênuo acreditar que o aluno pode produzir sozinho sem apoio ou recursos. O papel do educador é, então, o de trazer a teoria, articulada à dimensão da pratica, ou em relação aos interesses dos orientandos, e trabalhar as questões em diálogo, estimulando o aluno a pensar criticamente sobre os fatos encontrados e as possíveis soluções destes.

Para concluir, é importante frisarmos que este estudo não teve o intuito de fazer uma avaliação do Projeto Telessaúde RJ, mas sim de reconhecer o potencial

do Projeto para dar conta do desafio que é a educação permanente do trabalhador ACS. Também buscamos dar visibilidade ao desejo, por parte dos ACS, de se qualificarem para seu trabalho, e de se apropriarem das ferramentas propostas pelo Telessaúde Brasil – Núcleo Rio de Janeiro. Coloca-se, portanto, o desafio de propor, por meio das ferramentas existentes e de novas mediações, processos que deem mais visibilidade de acesso e interação do ACS com esta modalidade de educação. A criação de fóruns de debates, seminários síncronos, *chats* ou bate-papos virtuais para interação on-line e off-line, e uma segunda opinião formativa com uma visão diferente dos outros profissionais, com temas populares, sociais, e até mesmo políticos, são sugestões que surgem como possibilidades a serem testadas.

É importante incentivarmos a participação dos ACS neste projeto, pois eles acreditam que o Telessaúde é um programa viável, com grandes possibilidades de interação e construção de conhecimentos. Nosso papel, como enfermeiros, é avançar também na integração e qualificação das equipes às quais nos vinculamos, e, em especial, dando atenção aos profissionais que historicamente estão em desvantagem no que se refere ao seu reconhecimento e condições de trabalho.

Este estudo mostrou que as atividades do Telessaúde Brasil - Núcleo Rio de Janeiro tem logrado ultrapassar as barreiras geográficas e temporais que os ACS, assim como os demais profissionais, enfrentam para sua qualificação. Persistem desafios políticos, gerenciais e pedagógicos em relação aos quais se coloca a necessidade de desenvolver alternativas criativas e inovadoras.

Ao valorizar os ACS, o Telessaúde reafirma os pilares filosóficos e políticos do SUS, fortalecendo a socialização do conhecimento. É, portanto, o reconhecimento e a valorização de um profissional essencial para a consolidação democrática do Sistema Único no país.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Revista **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v.8, n.15, p.259-274, mar./ago. 2004.

ALMEIDA, M.E.B. Educação a distância na internet: abordagens e contribuições dos ambientes digitais de aprendizagem. **Educação. Pesquisa**, São Paulo, v.29, n.2, p.327-340, jul./dez. 2003.

ALVES, J. C. R. **Política Nacional de Educação Permanente no SUS**: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis em 2006. 2007. 187f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ALVES, K.V.G. **O que sabe o agente comunitário de saúde?** 2009. 69f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Portal da política estadual para desprecarização dos vínculos de trabalho dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/acs/>. Acesso em: 31 dez. 2010.

BELLONI, M.L. **Educação a Distancia**. 5. ed. Campinas: Autores Associados, 2009. 115p.

_____. Educação a distância: ensaio sobre a educação a distância no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v.23, n.78, p.118, 2002.

BLOIS, M. M. Educação a distância via rádio e TV educativas: questionamentos e inquietações. **Em Aberto**, Brasília, n.16, n.70, p. 42-50 abr./jun. 1996.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L.; ARAUJO, J. W. G. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Interface**, Botucatu, v.14, n.32, p. 93-101, mar. 2010.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.457-480, nov. 2008-fev. 2009.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/constitui%C3%A7ao_compilado.htmm>. Acesso em: 31 jan. 2011.

_____. **Decreto-lei nº 236, de 28 de fevereiro de 1967**. Brasília, DF, 1967. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103343/decreto-lei-236-67>. Acesso em: 02 jan. 2011.

_____. **Decreto-lei 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF, 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/Del5452compilado.htm>. Acesso em: 31 jan. 2011.

_____. **Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília, DF, 1999a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreton3.189.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2011.

_____. **Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005**. Regulamenta o art. 80 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/109743/decreto-5622-05>. Acesso em: 11 jan. 2011.

_____. **Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971**. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus. 1971. Disponível em: <http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/l5692_71.htm>. Acesso em: 31 jan. 2011.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2009.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Política do Nacional do Idoso. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 06 jan. 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2011.

_____. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm>. Acesso em: 24 jan. 2011.

_____. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da emenda constitucional nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 14 jul. 2010

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006b. 60p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009. 64 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007**. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <http://www.telessauderj.uerj.br/sobre_programa.php>. Acesso em: 26 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://200.189.113.52/ftp/espp/legis/04PF198.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde Anexo II Diretrizes operacionais do pacto pela saúde em consolidação do SUS. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 06 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010**. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.homolog.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=16>. Acesso em: 13 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006d. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>. Acesso em: 31 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1262, de 15 de outubro de 1999**. Brasília, DF, 1999bDisponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/port_1262.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 1997a. p. 11-13.

_____. 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 e dá outras providências. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.662/GM, de 11 de novembro de 2008**. Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101270-2662?q=>. Acesso em: 20 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Telessaúde Brasil Núcleo Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, c2008. Disponível em: <http://www.telessauderj.uerj.br/nucleo_rj.php>. Acesso em: 06 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**: área profissional saúde. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em: 23 set. 2010

_____. Ministério da Saúde. **Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 1997b. 36p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa família**. Brasília, DF, 2004c. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm. Acesso em: 14 jan. 2011.

_____. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente. Brasília, DF, 2004d. 68p. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAIADO, A.S.C.; SANTOS, S. M. M. Fim da dicotomia rural-urbano?: Um olhar sobre os processos socioespaciais. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v.17, n.3-4, p. 115-124, dez. 2003.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p. 1509-1520, jun. 2010.

CASTRO, J.L.; VILAR, R.L.A.; FERNANDES, V. P. Precarização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: BARROS, A.F.R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. v.2. p.105-120.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.4, p.975-986, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Programa de informação e apoio técnico às novas equipes gestoras estaduais do SUS de 2003**: Legislação do SUS. Brasília, DF, 2003. 604 p.

COSTA, C. C. C et al. Curso técnico de enfermagem do PROFAE-Ceará: a voz dos supervisores. **Texto Contexto Enferm**., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 705-713, 2008.

DAVID, H.M.S.L. Estratégias de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Educação, Saúde e Enfermagem. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva:** realidades, questões e soluções. São Paulo: Atheneu, 2008.

_____. **Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde**: repensando a educação em saúde junto às classes populares. 2001. 320f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

DAVID, H. M. S. L. et al. **Abordagem interdisciplinar das novas relações e processos de trabalho em saúde**: o caso dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008. Projeto de pesquisa.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.F. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1992. v. 1, p.149- 173.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p.27-34, set./dez. 2004.

DIAS, H. P. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Anais**... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Saude%20como%20direito%20de%20todos%20e%20dever%20do%20Estado.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2011.

DOLAN, S. L. **Estresse, auto-estima, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. **Sobre EAD**. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/sobre-o-ead/apresentacao/index.cfm/>. Acesso em: 19 dez. 2010.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de Campo: um instrumento de reflexão. **Contexto Educ.,** Ijuí, Rio Grande do Sul, v.2, n.7, p.19-24, 1987.

FARIA, M. G. A. **Telessaúde Brasil – Núcleo Rio de Janeiro**: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica. 2010. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1800>. Acesso em: 10 nov. 2010.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estud. psicol.**, Natal, v.6, n.1, p. 93-104, jun. 2001.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enferm**., Ribeirão Preto, v.13, n.2, p. 262-268, abr. 2005.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 21.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra: 1996. 146 p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P.; BETTO, F. **Essa escola chamada vida**: depoimentos ao repórter Ricardo Kotscho. 7. ed. São Paulo: Ática, 1991.

FREITAS, F. P.; PINTO, I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. **Rev. Latino-am. Enferm**., Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.547-554, 2005.

GIFFIN, K; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jan. 1989 . Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Acesso em: 13 jan. 2011.

HILDEBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v.61, n.3, p. 319-324 2008.

HUFFMAN, K.; VERNOY, M.; VERNOY, J. **Psicologia**. São Paulo: Atlas, 2003.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia _impressao.php?>. Acesso em: 15 nov. 2010.

_____. **Perfil populacional do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj#>. Acesso em: 11 nov. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo da Educação Superior**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/censo/superior/news07_01.htm>. Acesso em: 10 jan. 2011.

INSTITUTO UNIVERSAL BRASILEIRO. **Sobre IUB**. Disponível em: <http://www.institutouniversal.com.br/historia.asp?IUB>. Acesso em: 10 jan. 2011.

KENSKY, M.V. **Educação e tecnologias**: o novo ritmo da informação. Campinas: Papirus, 2007.

LEAL, D. C. M. F.; MONTEIRO, E. M.; BARBOSA, M. A. Os horizontes da percepção do enfermeiro do PSF sobre os limites de sua legislação. **Revista da UFG**, **Universidade Federal de Goiás**, Goiânia, v.6, n.esp, dez. 2004. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/F_horizontes.html>. Acesso em: 24 jan. 2011.

LEMISZ, L. B. Uso de e-mail corporativo para fins particulares: Reflexões sobre o uso adequado de e-mail corporativo no ambiente de trabalho. **Direitonet online**, Rio de Janeiro, n. 3, mar. 2010. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/5620/Uso-do-e-mail-corporativo-para-fins-particulares>. Acesso em: 11 nov. 2010.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001

LOBO, F.J. S. **Formação Pedagógica em educação a profissional na área de saúde**: enfermagem: Módulo 1. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

MATTA, G. C. Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p, 371-396, 2005. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/numeros/buscaredicao.cfm?Acao=Anterior&Num=25>. Acesso em: 24 jan. 2011.

MEDEIROS, C. R. G et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1521-1531, 2010

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MOROSINI, M.V.G.C. **Educação trabalho e disputa no SUS**: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

_____. **A política de formação dos agentes comunitários de saúde:** memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005. 2009. 224f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MOTA, R. R. **Agentes Comunitários de Saúde**: trabalho e formação profissional numa perspectiva emancipatória. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MOTA, R.R.; DAVID, H.M.S.L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010.

NASCIMENTO, R. B.;TROMPIERI FILHO, N. Correio eletrônico como recurso didático do ensino superior: o caso da Universidade Federal de Ceatá. **Ci. Inf.,** Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 87-97, maio/ago. 2002.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. **Vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para discussão, nº 735). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2011.

OLIVEIRA, M.A.N. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, DF, v.60, n.5, p. 585-589, set./out. 2007.

PATARRA, N. L. Rumo ao novo perfil demográfico. **São Paulo Perspec.,** São Paulo,v.2, n.4, out./dez. 1988. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v02n04/v02n04_07.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.

PEDUZZI, M. et al. 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**, Botucatu, v.13, n.30, p.121-134, set. 2009.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v.19, n.3, p. 554-562, set. 2010.

RIGOTTI, J. I. R. A transição da escolaridade no Brasil e as desigualdades regionais. **Rev. Bras. Est. Popul.**, Campinas, v. 18, n. 1/2, p. 59-74, 2002.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mapa oficial do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, CEPERJ, 2010. Disponível em: <http://187.33.0.246/aerj_online/presentation/mp15.html>. Acesso em: 02 fev. 2011.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde soc.**, São Paulo, v.10, n.1, p.33-54, jul. 2001.

SANTOS, I. A.; JACOB, S.; SANTIAGO, l. **Mulheres trabalhadoras**: vida e direitos. Rio de Janeiro: CAMTRA, 2008.

SANTOS, L.F.B. **O estresse no trabalho do agente comunitário de saúde no Estado do Rio de Janeiro**. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SCAVASSA, A. J.; BACHILLI, R. G.; SPIRI, W, C. **A identidade do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família**: uma abordagem fenomenológica. 2006. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/IIsipeq/anais/pdf/gt1/08.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2010.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002

SILVARES, A. R. C.; NOGUEIRA, E. S. A. **O trabalho e a educação enquanto agentes de emancipação**. 2009. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/amarilisrosiesilvareselianaalvesnogueira.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2010.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. **Sobre o DATASUS**. Disponível em: <http://www2datasus.gv.br/DATASUS/index.php ?area=01>. Acesso em: 04 dez. 2010.

TORREZ, M.N.F.B. Educação a distância e a formação em saúde: nem tanto, nem tão pouco. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.171-186, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLE, C. R.; DAVID, H. M. S. L. **Abordagem interdisciplinar das novas condições e Processos de trabalho em saúde**: o caso dos agentes comunitários de saúde: situações laborais que causam sobrecarga mental. Rio de Janeiro: UERJ/PIBIC, 2009-2010. Relatório técnico-científico.

ANEXO A - Mapa do Estado do Rio de Janeiro de acordo com os municípios cadastrados no Telessaúde Brasil-Núcleo Rio de Janeiro

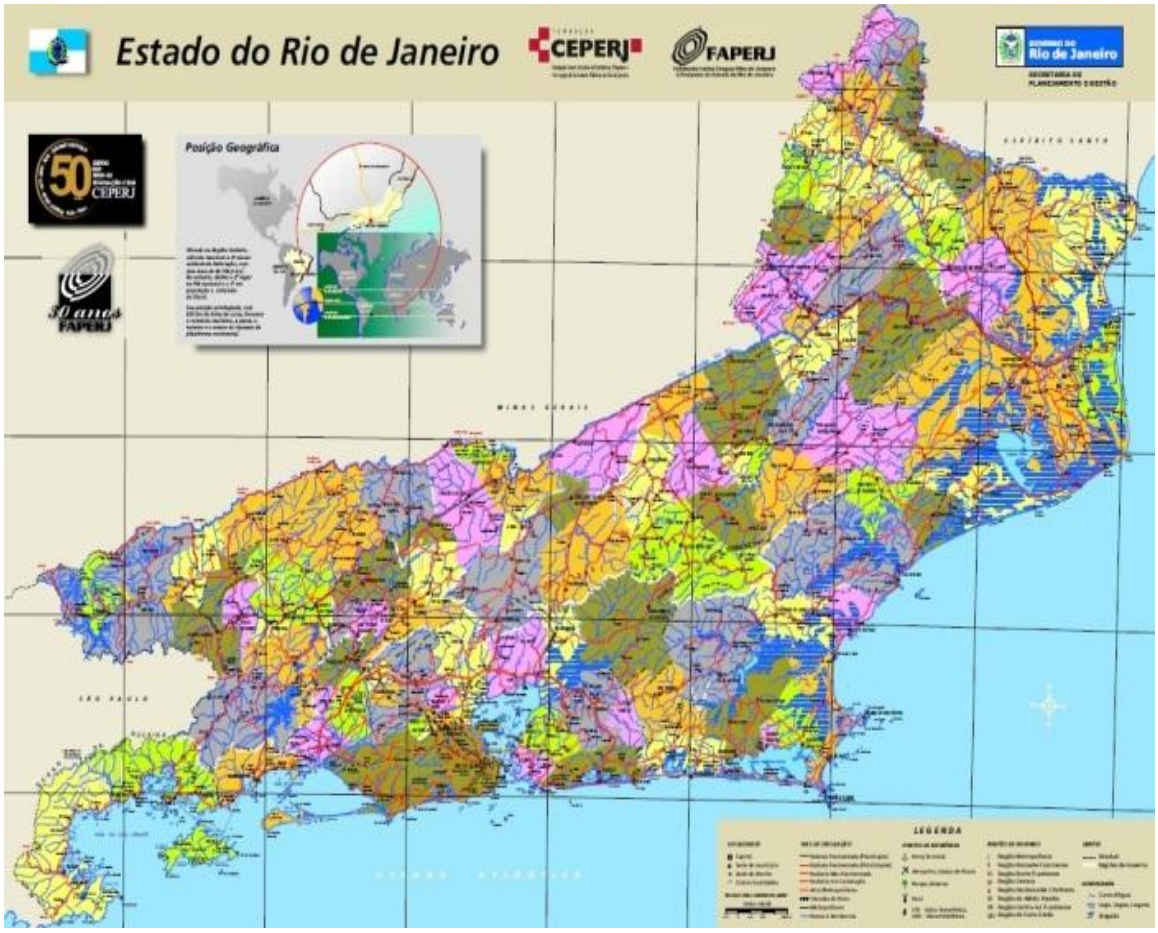

Figura 5 – Mapa indicativo dos municípios cadastrados no Programa Nacional de Telessaúde – Núcleo Rio de Janeiro

Fonte: RIO DE JANEIRO (Estado), 2010.

ANEXO B - Formulário Linha de Base – Agentes Comunitários de Saúde

Telessaúde Brasil

FORMULÁRIO LINHA DE BASE

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
AUXILIARES DE ENFERMAGEM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
TÉCNICOS DE HIGIENE DENTAL
AUXILIARES DE CONSULTÓRIO DENTAL

Caro Colega,

Estamos iniciando as atividades do Telessaúde, projeto financiado pelo Ministério da Saúde/ OPAS que tem por objetivo contribuir para a capacitação e o aperfeiçoamento do trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.
Este projeto tem a Educação à Distância como ferramenta principal para a qualificação profissional podendo, sempre que possível, promover atividades presenciais.
Visando atender melhor os interesses dos profissionais que estão atuando nas unidades de Saúde da Família e também, as necessidades do projeto, solicitamos sua colaboração, respondendo as informações abaixo e em anexo.
Estes dados poderão ser utilizados em pesquisas acadêmicas, desde que haja consentimento mediante a assinatura de termo específico e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa. Desejamos que esse projeto auxilie sua prática e contribua para a sua formação profissional continuada.

Preencher com letra de forma. O "X" deve ocupar todo o quadrado.
Não preencher os campos no canto superior direito da página.
Não escrever sobre os números no canto inferior direito da página.
Não preencher o "número identificador"

Equipe do Projeto Telessaúde

I-INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

1.1 Data do preenchimento do questionário: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

1.2 Unidade da Federação (UF) ☐☐

1.3 Município

1.3.1 Código IBGE do município ☐☐☐☐☐☐☐

1.4 Unidade de Saúde da Família (USF) - Nome do PSF (Ex : PSF Borges de Medeiros)

Número Identificador (não preencher) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

0492523476

Telessaúde Brasil

II-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

2.1 Nome completo:

2.2 Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

2.3 Qual você diria que é a cor da sua pele?

☐ Negra ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Índigena

2.4 Data de Nascimento ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

2.5 Telefone 1 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Telefone 2 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2.6 E-mail:

2.7 Melhor forma de contato pessoal: (livre)

III - FORMAÇÃO

3.1 Profissão (marque apenas o que exerce no momento)

- ☐ Técnico de enfermagen
- ☐ Auxiliar de enfermagem
- ☐ Auxiliar de consultório dentários
- ☐ Técnico de Higiene dental
- ☐ Agente comunitário de saúde

3.2 Conselho profissional (apenas para técnicos e auxiliares): ☐☐☐☐☐☐☐☐

3.3 Nº registro no conselho: ☐☐☐☐☐☐

3.4 Maior escolaridade/formação profissional (se nível de ensino incompleto, favor informar o último ano concluído) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3.5 Instituição de Formação ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Instituição Pública

☐ Instituição Privada

3.6 Ano de conclusão da formação técnica ou treinamento em saúde: (aaaa) ☐☐☐☐
(ACS preenchem com a data do treinamento introdutório)

0980523478

Telessaúde Brasil

IV-PERFIL PROFISSIONAL

4.1 Mês/Ano que ingressou pela **primeira vez** na Estratégia Saúde da Família **independente do município ou unidade** em que trabalha atualmente:

(mm/aaaa) ☐☐ / ☐☐☐☐

4.2 Na **atual função profissional no atual município** (mm/aaaa) ☐☐ / ☐☐☐☐

4.3 Na **atual função profissional na atual unidade** (mm/aaaa) ☐☐ / ☐☐☐☐

4.4 Você realizou treinamento introdutório? ☐ Não ☐ Sim

4.5 Você é o coordenador da sua unidade? ☐ Não ☐ Sim

4.6 Qual o grau de satisfação com o apoio prestado a você pelo coordenador deste serviço de saúde? (Se você for o coordenador da unidade, responda em relação ao apoio pelo coordenador da Saúde da Família municipal.)

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

4.7 Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre os membros da sua equipe de saúde?

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

4.8 Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde?

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

4.9 Qual o grau de satisfação com seu trabalho na sua unidade de Saúde da Família?

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

Telessaúde Brasil

4.10 Por quê? (referente à questão 4.9 -texto livre)

4.11 Qual o grau de satisfação com o sistema de serviços de saúde do seu município?

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

4.12 Você recebe algum bônus ou benefício financeiro dependendo de sua experiência profissional prévia de trabalho na Estratégia Saúde da Família (plano de carreira ou assemelhado)?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

4.13 Você recebe algum bônus ou benefício financeiro se alcançar determinados resultados?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

4.14 Qual sua satisfação com o seu salário na Estratégia Saúde da Família?

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

4.15 Que tipo de vínculo empregatício você possui neste serviço?

☐ Estatutário
☐ CLT
☐ Cooperativa
☐ Contrato temporário. Previsão de conclusão do contrato ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
☐ Outros. Qual? ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

4.16 Qual seu grau de satisfação com o tipo de vínculo empregatício que você possui na Estratégia Saúde da Família?

☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

4.17 Você acredita que frente a necessidades familiares ou profissionais vá deixar de trabalhar no atual município no próximo ano?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

3857523474

Telessaúde Brasil

4.18 Favor estimar sua **carga horária semanal** na Estratégia Saúde da Família (PSF):

☐☐ Hora/Semana

4.19 Em quantos locais você trabalha **fora da Saúde da Família**?

☐☐ Locais

4.20 Quantas **horas você trabalha por semana**, levando em consideração todos os seus locais de trabalho?

☐☐ Hora/Semana

4.21 **Para agentes comunitários de saúde.** Quantas famílias e quantas pessoas você acompanha na sua microárea?

☐☐☐ famílias ☐☐☐ pessoas

V - CONHECIMENTOS DE INFORMÁTICA E RECURSOS DE COMUNICAÇÃO

5.1 Com que freqüência você acessa a internet para se atualizar ou capacitar (em qualquer local)?

- ☐ Diariamente
- ☐ De 2 a 6 dias por semana
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Menos de uma vez por semana e mais de 1 vez por mês
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Nunca, não tenho acesso
- ☐ Não sei/ Não lembro

5.2 Você usa e-mail? ☐ Não (pular para questão 5.4) ☐ Sim

5.3 Com que freqüência você acessa sua caixa de e-mails (em qualquer local)?

- ☐ Diariamente
- ☐ De 2 a 6 dias por semana
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Menos de uma vez por semana e mais de 1 vez por mês
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Não sei/ Não lembro

Telessaúde Brasil

5.4 Que programas e aplicativos você sabe usar?

- ☐ Editor de textos (ex. Word, BrOffice)
- ☐ Planilhas (ex. Excel, Br Office)
- ☐ Programas para apresentações de slides (ex. powerpoint, BrOffice)
- ☐ Navegador de internet (ex. Internet Explorer, Firefox, Netscape, ...)
- ☐ Gerenciador de e-mails (ex. outlook express ou webmail como yahoo, gmail, terra)
- ☐ Reprodutores de músicas, vídeos, fotos e outras mídias (ex. Windows Media Player, Winnanp, RealPlayer....)
- ☐ Programa para trocas instantâneas de mensagens (ex. MSN) ou chats
- ☐ Nenhum

5.5 Você sabe manusear máquina de fotografia digital? ☐ Não ☐ Sim

5.6 Sua Unidade tem computador com o SIAB instalado? ☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

5.7 Você alguma vez já acessou a página do Ministério da Saúde ou do DATASUS para procurar alguma informação de saúde?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não sei

5.8 Você tem telefone celular? ☐ Não ☐ Sim

5.9 Você costuma ler mensagens de texto enviadas para o seu telefone celular?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não recebo mensagens
- ☐ Não sei/ Não lembro
- ☐ Não tenho telefone celular

Telessaúde Brasil

VI- PESQUISA DE DEMANDAS ESPONTÂNEAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

6.1 Que assuntos ou temas você gostaria que fossem abordados em um programa de educação/atualização para Estratégia Saúde da Família:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

6.2 Identifique abaixo os temas que você acha prioritários para futuras capacitações e especifique o assunto

☐ Saúde da mulher. Especifique:

☐ Saúde da criança. Especifique:

☐ Saúde do Idoso. Especifique:

☐ Doença crônico-degenerativa. Especifique:

☐ Outros. Especifique:

Telessaúde Brasil

6.3 Além dos problemas de saúde, que outras **questões e atividades de organização do trabalho na Estratégia Saúde da Família/PSF** poderiam ser abordadas em um programa de educação/atualização?

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Trabalho Multidiciplinar

6.4 Para desenvolver de forma adequada o trabalho na ESF, o trabalho multidisciplinar é fundamental. Avalie seu trabalho em conjunto com os outros colegas marcando com um "X" o grau de concordância com a frase "Realizo trabalho multidisciplinar".

"Realizo trabalho multidisciplinar"	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Pacial-mente	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não se aplica *
Com médicos (as)	5 ☐	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Com enfermeiros (as)	5 ☐	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Com técnicos e auxiliares de enfermagem	5 ☐	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Com cirurgiões-dentistas	5 ☐	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Com técnicos de higiene dental	5 ☐	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Com auxiliares de consultório dentário	5 ☐	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Com agentes comunitários de saúde	5 ☐	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

*Utilizar "Não se aplica" quando não há o profissional que a linha indica (Exemplo: "com enfermeiros" se preenchido por enfermeiro quando não há outros enfermeiros na unidade ou "com técnicos de higiene dental" quando não há equipe de saúde bucal na unidade. Quando há mais de uma equipe na mesma unidade as respostas podem ser marcadas para colegas da mesma profissão).

Comentários ----------

Telessaúde Brasil

Outros comentários:

Muito Obrigado,

Suas respostas ajudarão ao desenvolvimento do projeto Telessaúde em seu benefício e da população de seu município. Abaixo você pode acrescentar alguma outra sugestão, comentário ou dúvida em relação ao projeto e suas necessidades de aperfeiçoamento.

Atenciosamente,

Equipe do Projeto Telessaúde