

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

MIKHAEL BUZON LESSA

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO
VÍNCULO LONGITUDINAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VITÓRIA, ES
2024**

MIKHAEL BUZON LESSA

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO
VÍNCULO LONGITUDINAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Emescam como requisito obrigatório para a obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patrício da Silva

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

Vitória – ES

2024


MIKHAEL BUZON LESSA

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO LONGITUDINAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 30 de outubro de 2024.


BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 ALAN PATRÍCIO DA SILVA
Data: 30/10/2024 11:31:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Alan Patricio da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador

Documento assinado digitalmente
 FERNANDO ROCHA OLIVEIRA
Data: 30/10/2024 10:52:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno


Prof. Dr. Francisco Naldo Cardoso Leitão
Universidade Federal do Acre- UFAC
Membro Titular Externo

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

L638p Lessa, Mikhael Buzon
A política de educação permanente em saúde e a construção do
vínculo longitudinal na saúde da família / Mikhael Buzon Lessa - 2024.
57 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patricio da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local –
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2024.

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3. Agentes
comunitários de saúde. 4. Educação permanente em saúde. I. Silva,
Alan Patricio da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 614.0981

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

RESUMO

Introdução: Os sistemas de saúde devem enfatizar a Atenção Primária à Saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família, que refletem as necessidades locais, e os Agente Comunitário de Saúde (ACS), como parte das equipes multidisciplinares, são opções práticas para melhorar o acesso e o vínculo dos usuários. **Objetivo:** Analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do ACS, na construção e no fortalecimento do vínculo longitudinal. **Método:** Estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, que buscou analisar as percepções dos ACS em relação a Educação Permanente em Saúde e a sua relevância em seu processo de trabalho, com foco na construção do vínculo longitudinal. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde de Jaciguá, localizada no distrito de Jaciguá, no mês de fevereiro de 2024, com os ACS atuantes no território da Unidade Básica de Saúde. Os dados foram coletados com auxílio de um questionário semiestruturado não validado com questões sobre o perfil sociodemográfico e aspectos relativos à Educação Permanente em Saúde e ao vínculo longitudinal. Os dados foram analisados por meio de análise temática. **Resultados e discussão:** Houve predominância de Agentes Comunitários de Saúde do sexo feminino, com formação técnica complementar, pós-graduação e média de 8,5 anos de atuação. Em relação ao vínculo longitudinal, evidenciou-se a importância das informações, do cuidado preventivo, da assistência diária, da continuidade do tratamento e da qualidade da assistência. Todos os profissionais consideram eficiente a promoção do vínculo com os usuários e trabalham em prol de seu fortalecimento. As principais barreiras apontadas foram a falta de tempo e o excesso de famílias para acompanhamento. Sobre Educação Permanente em Saúde, a participação nas atividades educativas foi unânime, e a última participação foi há menos de um mês, sendo promovidas pela esfera municipal e consideradas muito importantes por todos os profissionais. **Considerações finais:** A Educação Permanente em Saúde possui fundamental importância para a prática cotidiana do Agente Comunitário de Saúde, bem como a criação de vínculo longitudinal, que fortalecem a atuação profissional, a relação profissional e paciente e os serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health systems should emphasize Primary Health Care, through the Family Health Strategy, which reflects local needs, and Community Health Agents (CHA), as part of multidisciplinary teams, are practical options to improve access and user bonding. **Objective:** To analyze the contribution of Continuing Education in Health in the work process of the CHA, in the construction and strengthening of the longitudinal bond. **Method:** This is a qualitative, exploratory and descriptive study that sought to analyze the perceptions of the ACS in relation to Permanent Education in Health and its relevance in their work process, focusing on the construction of the longitudinal bond. The research was carried out at the Jaciguá Basic Health Unit, located in the district of Jaciguá, in February 2024, with the CHAs working in the territory of the Basic Health Unit. Data were collected with the aid of a non-validated semi-structured questionnaire with questions about the sociodemographic profile and aspects related to Permanent Education in Health and the longitudinal link. The data were analyzed through thematic analysis. **Results and discussion:** There was a predominance of female Community Health Agents, with complementary technical training, postgraduate and an average of 8.5 years of experience. Regarding the longitudinal link, the importance of information, preventive care, daily care, continuity of treatment and quality of care was evidenced. All professionals consider the promotion of bonds with users to be efficient and work to strengthen it. The main barriers pointed out were the lack of time and the excess of families for follow-up. Regarding Permanent Education in Health, participation in educational activities was unanimous, and the last participation was less than a month ago, being promoted by the municipal sphere and considered very important by all professionals. **Final considerations:** Continuing Education in Health is of fundamental importance for the daily practice of the Community Health Agent, as well as the creation of longitudinal bonds, which strengthen professional performance, the professional-patient relationship and health services.

Keywords: Public Health; Primary Health Care; Community Health Agents; Continuing Health Education.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
EqSF	Equipes Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	14
2.2 O VÍNCULO LONGITUDINAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	16
2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	18
2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS	23
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL	29
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	29
4 MÉTODO	30
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO	30
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	32
4.3.1 Critérios de inclusão.....	32
4.3.2 Critério de exclusão	32
4.4 PROTOCOLO	33
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	49
ANEXOS	55

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/90, tendo como princípios a universalidade do atendimento, a equidade das ações, a descentralização dos serviços e a participação popular em seu controle. A conquista do princípio da universalidade implicou importante ruptura com o passado, no qual o direito de acesso aos serviços de saúde era exclusivo dos segurados (Pessoto *et al.*, 2015).

Paim (2009) ressalta que o princípio constitucional da universalidade ampliou para toda a população o direito à saúde, entendida como dever do Estado, baseada no conceito de Seguridade Social e compreendida como um direito de cidadania. O princípio da equidade exigiu dos serviços iguais cuidados frente a iguais necessidades de saúde, apontando para o enfrentamento das desigualdades sociais. O princípio da descentralização rompeu com a tradição autoritária, vertical e impessoal do Estado brasileiro, ao apontar para a municipalização das ações de saúde e, o princípio da participação social, que ocorre por meio de Conselhos e de Conferências de Saúde (Paim, 2009).

A participação social no âmbito dos Conselhos e Conferências de Saúde é fundamental para a democratização da gestão SUS. Os Conselhos de Saúde, funcionam como espaços deliberativos onde são discutidas e definidas as políticas públicas de saúde. Já as Conferências de Saúde, são eventos periódicos que reúnem diversos segmentos da sociedade para avaliar a situação de saúde, estabelecer diretrizes e prioridades para as políticas de saúde e garantir que as decisões tomadas reflitam as necessidades da população. Essa estrutura de participação fortalece o controle social e assegura que as ações e serviços de saúde estejam alinhados com os princípios do SUS, de forma a proporcionar transparência e garantia da responsabilidade na gestão pública (Brasil, 2013).

Para Lima *et al.* (2012) a execução dos serviços de saúde, atualmente, obedece aos princípios organizacionais da regionalização e da hierarquização, permitindo um maior conhecimento dos problemas de saúde em determinada localidade. Como o SUS é regido pelo princípio da descentralização, a responsabilidade pelas ações de saúde é distribuída entre os vários níveis de governo,

tendo sido reforçado o poder municipal, responsável pela atenção básica à população, sendo a regionalização um dos aparatos mais importantes desta descentralização.

Assim, Santos (2007) afirma que os serviços do SUS devem ser organizados de maneira hierarquizada e regionalizada, possibilitando que se conheça, de forma mais próxima, os problemas de saúde da população, o que propicia melhoria nas ações de vigilância sanitária, epidemiológica, educação em saúde, controle de vetores, dentre outras, bem como o atendimento ambulatorial e hospitalar.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2007), a Atenção Primária à Saúde (APS) enfatiza que os sistemas devem refletir as necessidades locais; integrar atividades sociais, biomédicas e de saúde pública, incluindo fornecimento de água potável, segurança alimentar, controle de doenças endêmicas locais e acesso a medicamentos essenciais; incentivar ações relacionadas à saúde em outros setores; e trabalhar para promover uma forte participação da comunidade.

De acordo com Lavras (2011), a APS é o primeiro nível de atendimento ao paciente, sua família e comunidade, conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978). No Brasil, a APS se refere à Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem quatro funções principais: acessibilidade, continuidade, abrangência e coordenação. A acessibilidade é uma dimensão da experiência de atendimento do paciente que pode ser medida para avaliar o desempenho da APS. Um dos indicadores frequentemente usados para medir a acessibilidade é o primeiro contato, definido pela facilidade de marcar uma consulta oportuna com um provedor de saúde. Vale ressaltar que a acessibilidade de primeiro contato continua sendo uma preocupação importante no Brasil.

A ESF assume o papel mais importante de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, pois, através deste dispositivo a população é acolhida, adentrando nos serviços da Atenção Básica, e caminhando, quando necessário, para outros níveis de atenção, proporcionando um sistema no qual as ações e os serviços possam obedecer aos níveis de complexidade crescente e atendimento às demandas sociais (Morosini *et al.*, 2018).

Por ser um serviço pautado nas prerrogativas individuais e coletivas objetivando ações de assistência integral à saúde, visa o acesso facilitado do usuário.

Assim, as Equipes Saúde da Família (EqSF) se encontram distribuídas em bairros das cidades brasileiras, trazendo um modelo descentralizado, conforme prerrogativas do SUS, na expectativa de otimizar a entrada e a assistência dos usuários nos serviços (Silva; Fracoli, 2014).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de 2012 destaca, como atribuição da equipe multiprofissional que compõe a EqSF, a atuação frente ao processo de atenção à saúde das famílias cadastradas, dentro do território adscrito e a coletividade (Brasil, 2012).

Tal informação é legitimada pela PNAB de 2017, que ratificou e remodelou as ações de saúde promovidas e desempenhadas no primeiro nível de atenção à saúde, a Atenção Básica. Além das propostas trazidas, A PNAB também redimensionou as atribuições dos membros da equipe multiprofissional que compõem as EqSF, na qual se enquadram o médico de saúde da família, o cirurgião-dentista, o Técnico de Saúde Bucal (TSB) e/ou Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), o técnico em enfermagem, o enfermeiro e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS são integrantes importantes da EqSF, pois fazem a integração e intermediação dos serviços com a comunidade, possibilitando a criação de vínculos entre os usuários e o sistema de saúde (Brasil, 2017).

O vínculo longitudinal refere-se ao cuidado coerente e interligado entre pacientes, famílias, comunidades e provedores ao longo da vida, entendendo os contextos dos indivíduos com informações clínicas longitudinais e usando esse conhecimento para construir relações de confiança ao longo do tempo. Isso requer integrar experiências de cuidado de forma que façam sentido para pacientes e familiares, possibilitando a adesão aos tratamentos prescritos (Cunha, 2009). O alicerce do vínculo é compromisso do profissional com a saúde do usuário. O indivíduo percebe o vínculo a partir do momento em que o profissional e a equipe colaboram para melhorar sua saúde e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (Brasil, 2009).

O profissional da EqSF que se destaca quando se trata da construção do vínculo, é o ACS, por estar mais próximo da realidade da comunidade local, da população e dos problemas que a afetam (Guanaes-Lorenzi; Pinheiro, 2016), sendo fundamentais nas equipes e contribuindo para o fortalecimento do vínculo da APS

com a comunidade, considerado um pilar para a reorientação do modelo de atenção (Secco *et al.*, 2020).

Os ACS, em sua atuação nas equipes multidisciplinares são opções práticas para melhorar o acesso e o vínculo dos usuários, fornecendo serviços comunitários de alta qualidade, incluindo acompanhamento regular, rastreamento de encaminhamento, aconselhamento sobre adesão à medicação, modificação de risco e alerta precoce para piora clínica. Esse tipo de cuidado permite um melhor vínculo longitudinal e é particularmente importante para pacientes com múltiplas condições crônicas, para os quais muitos episódios desconexos de cuidado podem ocasionar planos de tratamento complexos e difíceis de incorporar em suas vidas (Silva *et al.*, 2012)

Entretanto, para que possam cumprir suas funções de promoção, prevenção e vigilância em saúde por meio de ações educativas junto às famílias, torna-se necessário que recebam educação permanente que propicie o preenchimento de possíveis lacunas que surgem no cotidiano do trabalho. De acordo com Queiroz, Silva e Oliveira (2015), a educação permanente é essencial, a fim de “superar gradativamente as lacunas das capacitações ofertadas aos ACS, aprimorando, assim, o trabalho executado por esses membros híbridos e polifônicos da EqSF”.

A educação permanente em saúde é compreendida como um processo de geração de aprendizagem para o exercício profissional, para a mobilização e para a construção coletiva da saúde (Brasil, 2004, Brasil, 2013), portanto, são processos de educação baseados na comunicação, no diálogo do saber, na pedagogia crítica, participativa e ativa, a fim de alcançar a transformação das realidades. Constitui-se, assim, em uma estratégia que utiliza diversos métodos educativos, políticos e de ação social, fundamentados na teoria, na pesquisa e na prática, a fim de promover a tomada de decisão, análise crítica das informações, compreensão dos determinantes da saúde e compromisso com a ação social e coletiva (Brasil, 2018).

Nesse contexto, este estudo buscará responder à seguinte questão-problema: Qual a contribuição da Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde no fortalecimento e na construção do vínculo longitudinal?

A construção do vínculo longitudinal e o desenvolvimento de relacionamentos são necessários para intervenções de saúde bem-sucedidas com a comunidade. Nesse sentido, o ACS é considerado um importante elo entre os usuários e a equipe da APS, além de peça fundamental na consolidação do sistema de saúde. Diante da importância deste profissional e a necessidade de valorização, esta proposta pode permitir a identificação de lacunas na construção de saberes dos ACS e a ampliação da reflexão sobre as estratégias utilizadas na construção e/ou fortalecimento do vínculo longitudinal.

Por meio da vivência dos ACS e da identificação da relação da EqPS com a construção e fortalecimento do vínculo longitudinal, torna-se possível a proposição de ações de fortalecimento dessas equipes na APS para melhoria dos processos de trabalho e, conseqüentemente, do vínculo equipe-usuário do sistema de saúde, a fim de superar a fragmentação dos saberes e qualificar o cuidado em saúde, conforme as diretrizes do SUS.

Assim, esforços focados em aumentar a capacidade das intervenções baseadas na comunidade e envolver os ACS em pesquisas pode aprimorar o trabalho desses profissionais e das equipes de saúde, gerando evidências confiáveis sobre o que pode ser feito para otimizar este importante trabalho.

Desse modo, o objetivo do estudo foi analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do ACS, na construção e no fortalecimento do vínculo longitudinal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A criação do SUS durante a década de 1980 reorientou o modelo de atenção à saúde até então existente no Brasil. Para a APS, foi adotada a ESF, fortemente influenciada pelas experiências da Declaração de Alma Ata¹, que já estavam em andamento no país. Esse processo de concepção está alicerçado nos eixos transversais de universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, que são os princípios básicos do SUS, conforme estabelecido nas normas constitucionais e infraconstitucionais (Paim, 2009).

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde, que deu origem à ESF na APS, vinculada aos princípios seguidos na formação do SUS, como uma proposta de reorientação dos serviços de saúde. Nesse sentido, a ESF foi instituída como uma proposta de mudança de modelo na atenção à saúde tradicional (Sorato *et al.*, 2015).

A ESF visa reorganizar a APS de acordo com os preceitos do SUS, sendo considerada uma estratégia de ampliação, qualificação e consolidação dos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica, favorecendo a reorientação do trabalho, ampliando a capacidade de resposta e o impacto na condição de saúde dos indivíduos e grupos, além de apresentar importante relação custo-efetividade (Brasil, 2012).

A ampliação e melhoria da APS compõe uma série de prioridades políticas, substituindo a proposta anterior, voltada exclusivamente para a doença, para dar lugar a práticas de gestão e saúde desenvolvidas com democracia e participação. A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à

¹ A Declaração de Alma Ata, de 1978, tornou a Atenção Primária à Saúde a política de saúde oficial de todos os países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). Da conferência emergiu o consenso de que a saúde é um direito humano, baseado nos princípios de equidade e participação comunitária. Alma Ata ampliou a percepção da saúde além dos médicos e hospitais para os determinantes sociais e a justiça social. A APS é definida nesta Declaração como os “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente sólidas e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meio de sua plena participação e a um custo que o país possa manter em todas as fases de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação” (OMS, 1978, p. 3).

saúde e é realizada por equipes constituídas por um conjunto de profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). As equipes têm a responsabilidade de acompanhar um determinado número de famílias em uma área geográfica específica e seu trabalho consiste na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, acompanhando as doenças e agravos mais comuns e a manutenção do estado de saúde da comunidade (Pessoto *et al.*, 2015).

Segundo Santos, Romano e Engstrom (2018), ao delimitar claramente seus usuários, as equipes de saúde conseguem estabelecer um vínculo com a população em geral, possibilitando que os profissionais se comprometam e corresponsabilizem os usuários, familiares e comunidade. O desafio é ampliar a abrangência dessas atividades, visando uma assistência mais efetiva, uma vez que a saúde da família é entendida como a principal estratégia de mudança e está plenamente integrada no contexto geral de reorganização do sistema de saúde.

De acordo com Morosini *et al.* (2018), a ESF é um projeto dinâmico do SUS, decorrente da evolução histórica e da organização do sistema de saúde no Brasil e, como estratégia estruturante, tem desencadeado um importante movimento que visa reordenar o modelo assistencial. Destina-se a racionalizar o uso de níveis mais elevados de atenção e tem repercutido positivamente nos indicadores de saúde das comunidades.

Para Gomes (2015) a atuação das EqSF é o ponto chave no esforço constante de comunicação e troca de experiências e conhecimentos, bem como entre estes e os demais agentes comunitários de saúde. As EqSF são compostas por, no mínimo, um médico de família e comunidade, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a doze agentes comunitários de saúde, tendo sido acrescentados o cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal nessas equipes, de acordo com a PNAB.

Cada equipe possui uma área geográfica definida e é responsável de 3.000 a 4.000 pessoas, devendo visitar as casas e entender os processos e condições sociais nas áreas sob sua responsabilidade. As equipes trabalham juntas em atendimento clínico, saúde pública, promoção da saúde e questões sociais. Outras características incluem estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população local, estimular as comunidades a se organizarem para fiscalizar os serviços e ações de saúde, utilizar sistemas de informação para monitoramento e tomada de decisão,

atuar por meio de alianças com diversos setores da sociedade e instituições que buscam formas de intervir em situações que fogem ao âmbito específico do setor saúde, mas podem ter impacto nas condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (Gomes, 2015).

2.2 O VÍNCULO LONGITUDINAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A atuação dos profissionais na atenção à família e comunidade no âmbito da APS implica assumir uma relação de cuidado pessoal com base na longitudinalidade e continuidade do cuidado, conceitos estreitamente relacionados, mas diferentes. A longitudinalidade traduz a manutenção, ao longo do tempo, de uma relação profissional com o usuário baseado na confiança mútua, respeito e corresponsabilidade e não está necessariamente relacionada com um problema ou diagnóstico (Frota *et al.*, 2022).

Quanto a continuidade do cuidado, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), refere-se à conexão entre as diferentes ações de cuidado relacionadas a um problema de saúde, ações que podem ser realizadas por diferentes profissionais e em diferentes áreas do sistema de saúde. O acompanhamento contínuo do paciente é uma característica essencial dos cuidados primários. Segundo a OMS a continuidade dos cuidados se constitui em uma série de eventos distintos de cuidados de saúde vivenciados pelas pessoas como coerente e interconectada ao longo do tempo e consistente com suas necessidades (OMS, 2018).

Alinhada às diretrizes da APS encontra-se o princípio da longitudinalidade que, de acordo com Starfield (2002), corresponde ao acompanhamento do usuário ao longo do tempo por um médico de família, para episódios de doença e cuidados preventivos, e é considerada como característica central e essencial para esse nível de atenção (Cunha; Giovanella, 2011).

A palavra vínculo utilizada na APS consiste na formação de relações de carinho e confiança entre profissionais de saúde e usuários. Estes desenvolvem e aprimoram o processo de corresponsabilização pela saúde, com potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

De acordo com Baricati (2016, p. 23):

No âmbito da APS, na atual configuração do sistema de saúde pública brasileira, podem ser identificadas três dimensões imprescindíveis do atributo da longitudinalidade ou vínculo longitudinal, como: 1) a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados da atenção primária em saúde, 2) relação interpessoal para estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e 3) continuidade informacional (Baricati, 2016, p. 23).

Nesta perspectiva, o termo “vínculo longitudinal” considera a relação terapêutica estabelecida entre o usuário e a EqSF (Cunha; Giovanella, 2011). As práticas de educação em saúde assumem um papel de destaque que promovem mudança nas atitudes e comportamentos do indivíduo e comunidade, a construção de sujeitos/cidadãos portadores de autonomia e direitos sociais, e contribuem no fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde (Santos; Romano; Engstrom, 2018).

De acordo com Cecílio (2006, p. 115) o vínculo é *"mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa; significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades"*

O profissional de saúde familiar deve ser capaz de garantir a longitudinalidade do relacionamento com seus pacientes e, ao mesmo tempo, contribuir decisivamente para uma melhor coordenação das ações assistenciais, com base na continuidade, assim, alguns processos de cuidado que desenvolvem a longitudinalidade e a continuidade contribuem decisivamente para melhorar a eficácia e a eficiência do sistema de saúde como um todo (Santos, 2018).

Para Souza e Abrahão (2017), manter a longitudinalidade do relacionamento implica o desenvolvimento de uma participação ativa na tomada de decisões sobre intervenções programadas. Essa atividade de gerenciamento deve ser vista tanto de uma perspectiva individual quanto da família e comunidade, uma vez que as decisões de cuidado podem variar significativamente dependendo das características éticas e necessidades específicas do ambiente familiar e social para alcançar o pleno desenvolvimento de uma verdadeira e completa estratégia de cuidado familiar e comunitário, o que não é uma tarefa fácil.

Segundo Cunha e Giovanella (2011), o vínculo longitudinal é caracterizado por uma fonte regular de cuidados em que os pacientes recebem a maior parte destes de

uma equipe de provedores por um longo período de tempo. Esse relacionamento contínuo existente entre usuários e profissionais de saúde permite que se familiarizem com o histórico médico e a condição atual dos pacientes, em uma relação que se estende além de episódios específicos de doença.

O vínculo implica um sentimento de afiliação entre os pacientes e profissionais, muitas vezes expresso em termos de um contrato implícito de lealdade do paciente e responsabilidade clínica do provedor. A longitudinalidade promove uma melhor comunicação, confiança e um senso de responsabilidade sustentado (Giovanella; Mendonça, 2012).

Para os pacientes e suas famílias, a experiência é a percepção de que os profissionais os conhecem e cuidarão deles da melhor forma possível. Para os provedores, a experiência está relacionada à percepção de que têm conhecimento e informações suficientes sobre um paciente para melhor aplicar sua competência profissional e a confiança de que seus insumos de cuidados serão reconhecidos (Giovanella; Mendonça, 2012).

Dessa forma, a criação do vínculo com os usuários propicia um ambiente de cuidado mais qualificado, pois estabelece uma relação próxima entre os profissionais e a comunidade, tornando as ações de saúde mais efetivas e eficazes.

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Desde a implantação do SUS, no final da década de 1980, ocorreram alterações significativas no modelo de atenção à saúde no Brasil. O SUS prioriza a atenção primária, que promove ações de saúde voltadas para o individual e coletivo, envolvendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A questão dos recursos humanos tem sido identificada como uma das áreas críticas do SUS (Pierantoni *et al.*, 2008).

No processo de reforma ocorrido no Brasil foram feitos ajustes na forma e na estrutura da atenção à saúde, modificando radicalmente a modalidade assistencial. O Programa de Saúde da Família visou reorientar o modelo assistencial desde a Atenção Básica, substituindo o modelo tradicional de atenção voltada para a cura de

doenças e no âmbito hospitalar. Dentro dessa estratégia, as unidades básicas de saúde da família caracterizam-se como a porta de entrada do usuário para o sistema de saúde e deve ser direcionado a um determinado grupo populacional que vive ou trabalha em sua área geográfica. Essas unidades básicas devem estar vinculadas à rede de serviços de maior complexidade, garantindo atendimento integral ao indivíduo e à família. Esse tipo de atendimento requer o apoio de serviços ambulatoriais especializados e infraestrutura laboratorial para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica (Paim, 2009).

De acordo com Gomes (2015), a implantação do SUS alterou o perfil do trabalho em saúde, em grande parte devido ao avanço do procedimento de descentralização para os municípios ao alargamento da cobertura dos serviços de apoio e à crescente inserção dos assalariados no sistema público de saúde. O trabalho passou a ser realizado por equipes multiprofissionais, com o intuito de oferecer uma assistência holística aos usuários, que deixa de ser focada na doença. Entretanto, não tem conseguido superar as limitações históricas impostas no campo da formação e qualificação dos profissionais. Ao mesmo tempo, a diversidade de ações desenvolvidas pelos diferentes setores da saúde para atender à qualificação dos profissionais tem sido dispersa e fragmentada, detrimento de ações mais estratégicas e articuladas.

Este cenário representa, em grande amplitude, alguns dos principais obstáculos que se colocam no campo da educação para o trabalho e para a saúde e suscita exigências específicas tanto para as ações de educação e qualificação como para a gestão do trabalho e a regulação dos recursos humanos. Nessa circunstância, importantes inflexões ocorreram no campo da saúde desde 2003 (Morosini *et al.*, 2018).

Após uma intensa mobilização em torno da organização de uma política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, intitulada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa política surgiu como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores dessa área, possibilitando a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e a resolutividade e a promoção da saúde coletiva, incorporando a integralidade da atenção individual e

atenção à saúde coletiva com o aumento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS (Brasil, 2004).

Assim, a PNEPS foi instituída de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), para a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde no campo do SUS (Brasil, 1990). Em 2007, novas estratégias e diretrizes foram definidas para a implantação do PNPEs, por meio da Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Esta política leva em consideração as características regionais, indo além das necessidades de desenvolvimento e desigualdades, bem como a formação para o trabalho em saúde com base em ofertas institucionais consolidadas de ações de educação em saúde (Brasil, 2007).

A PNEPS, além de eleger a dimensão da educação em saúde ao longo da vida como diretriz para a produção de espaços participativos e ações de saúde, tem como eixo organizacional a gestão descentralizada e participativa. Essas amplitudes foram tomadas como eixo central da proposta e passaram a ser consideradas instrumentos estratégicos para a mudança das atividades de formação, atenção, administração, formulação de políticas, participação e controle social em saúde, agregando novos atores na definição das ações de formação e oferecendo uma nova abordagem política (Bravin, 2008).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde busca integrar a educação às práticas dos serviços de saúde por meio de mudanças nas práticas cotidianas de saúde, estabelecendo processos de transformação dessas práticas e produção de conhecimento. Dessa forma, o redimensionamento dessas práticas apresenta-se como uma perspectiva positiva para promover a interação efetiva entre a população e os profissionais, possibilitando a incorporação de novas atitudes (Santos, 2007).

É importante destacar que existem dois tipos de educação no trabalho em saúde: a EPS e a Educação Continuada (EC). Cavalcanti e Guizardi (2018) afirmam que os conceitos de EC e EPS são, muitas vezes, utilizados de formas indistintas. Entretanto, a EC constitui-se em um conjunto de atividades educativas, com o objetivo de atualizar os indivíduos, permitindo o desenvolvimento dos profissionais e sua participação efetiva no trabalho diário. As atividades são realizadas após a graduação,

com duração definida, por exemplo, em estudos de pós-graduação. No entanto, consiste na aquisição cumulativa e sequencial de conhecimento científico e técnico no uso da educação formal e experiências de trabalho (Falkenberg *et al.*, 2014).

A EPS, por sua vez, é uma importante estratégia para realizar mudanças nos processos institucionais e baseia-se nos conceitos de aprendizagem significativa e ensino decisivo, por meio de sua relação com o serviço, o ensino e a saúde (Pereira *et al.*, 2018).

Ao delinear a EPS, estabeleceu-se uma estratégia para recompor as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no que se refere à Saúde. De acordo com a PNEPS, os caminhos para a EPS envolvem mudanças nas relações, processos, atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Envolve também a articulação de ações dentro e fora das instituições de saúde, buscando a ampliação da qualidade da gestão, a melhoria da integralidade da atenção, o domínio do conceito ampliado de saúde e o fortalecimento do controle social neste sistema (Brasil, 2004).

O reconhecimento da articulação entre trabalho e educação ressalta o potencial formativo das experiências de trabalho, que mobilizam múltiplos recursos dos sujeitos, ampliando-os face à complexidade da realidade. A abordagem pedagógica privilegia as situações concretas do trabalho, fazendo operar os saberes em seu sentido prático e comprometido com objetivos solidariamente formulados, superando a mera reprodução das fronteiras disciplinares ou dos esquemas pré-definidos de atuação (Brasil, 2016, p. 23).

Assim, a EPS é uma experiência de aprendizagem projetada para aumentar o conhecimento, habilidades ou competência, desempenho, atitudes ou o desenvolvimento profissional da força de trabalho. Esse aprendizado visa melhorar a saúde da população e o sistema de prestação de cuidados, apresentando as melhores práticas, práticas baseadas em evidências e evidências baseadas na prática em contextos como educação em saúde pública, política, regulamentação, lei ou outro ambiente relevante (Cavalcanti; Guizardi, 2018).

A EPS configura-se como uma proposta de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, por meio da aprendizagem, incorporando o ensino-aprendizagem no cotidiano do processo de trabalho. Assim, constitui-se em um processo de desenvolvimento conscientemente planejado e realizado ao longo da vida, por meio de um conjunto de procedimentos

organizacionais, administrativos e didáticos para a promoção da aprendizagem deliberada e não espontânea. Com isso, Cunha e Giovanella (2011) ressaltam que a EPS favorece a confiança dos profissionais, pois a aquisição de conhecimento supõe um aumento direto na autoestima dos trabalhadores e esses efeitos são sentidos em toda a organização porque os funcionários são capazes de tomar melhores decisões.

De acordo com Silvério *et al.*, (2022), na maioria das vezes, a prática profissional que se desenvolve nos centros de saúde deixa o profissional com pouco ou nenhum tempo livre para refletir sobre si mesmo, alimentar-se com novas fontes de informação ou troca de experiências. Por este motivo, as práticas pedagógicas voltadas para a formação de recursos humanos são frequentemente deixadas a ações ocasionais e descontínuas ou à reprodução de processos formativos anteriores. Esta situação coloca em dúvida a própria prática e sua eficácia.

Nesse sentido, Almeida (2016) resalta que a EPS deve estimular o comprometimento com a saúde da população, responsabilidade ética para com a tarefa e participação institucional. As finalidades mencionadas requerem um treinamento que desenvolva um comportamento solidário e transformador, um sólido conhecimento profissional e uma atitude reflexiva em relação à própria prática.

A Constituição de 1988 estabelece que cabe ao SUS coordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (Brasil, 1988). Assim, o setor pode contribuir para que essa formação esteja vinculada à realidade do trabalho, promovendo ações educativas que busquem transformar a prática de saúde. Desta forma, concordando com Silvério *et al.* (2022), o sistema de saúde deve intervir técnica, científica e politicamente, procurando proporcionar cuidados que respondam às necessidades e aspirações individuais e coletivas, com a atuação de profissionais que saibam como trabalhar com o ser humano, atuando interdisciplinarmente e de forma articulada entre os diversos setores.

O sistema de saúde brasileiro exige que esses profissionais de saúde, por meio da revisão de suas concepções e ações no campo, reorientem suas práticas, reconhecendo a saúde como um direito de todo cidadão. Associado a isso, esses profissionais também devem desenvolver uma consciência crítico-reflexiva sobre suas práticas cotidianas, pois sabe-se que, para a transformação de um modelo assistencial hegemônico centrado na hospitalização, é fundamental que os recursos

humanos estejam direcionados aos processos de educação para o trabalho, em articulação com os órgãos formadores (Signor *et al.*, 2015).

Observa-se, portanto, que os processos de educação permanente em saúde são caminhos que levam à construção de um novo modo da produção dos cuidados onde os trabalhadores da saúde, permeados pelas relações entre os usuários, realizam diferentes saberes e fazeres e, nesses espaços coletivos, estabelecem reflexão e análise sobre os desafios encontrados, os avanços alcançados e as questões críticas a serem superadas para melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Queiroz, Silva e Oliveira (2015) defendem que a EPS, vem contemplar as iniciativas de transformação do modelo assistencial a partir das mudanças na formação de recursos humanos, com a mobilização de ações junto aos diversos atores, de forma a gerar impactos positivos no setor saúde e, programar e aperfeiçoar as políticas públicas em constante construção no processo de trabalho em saúde.

A instituição da PNEPS é considerada um grande avanço no procedimento de consolidação do SUS, pois a educação deixou de se limitar à formação profissional e passou a ser considerada uma estratégia de transformação do sistema de saúde, ou seja, uma estratégia para recompor as atividades de formação, assistência, gestão, formulação de políticas e verificação social no setor saúde (Brasil, 2004).

Posto isso, é de extrema importância que cada município, equipe e unidade de saúde desenvolvam e disponibilizem ações de EPS, articulando as possibilidades e necessidades específicas, com propostas e processos gerais, de acordo com as políticas estabelecidas para as equipes e para todo o município, a fim de trazer benefícios e mudanças nas práticas fornecidas pelas EqSF (Brasil, 2012).

2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS

Os ACS são prestadores de cuidados de saúde que estendem o alcance dos sistemas de APS, fazendo parte das EqSF, juntamente com outros profissionais da saúde, atendendo a comunidades onde vivem e trabalham (Brasil, 2016).

Segundo a OMS (2019), estima-se que pelo menos metade da população mundial não receba a totalidade do pacote de serviços de saúde essenciais de que necessitam. Na maioria dos casos, uma combinação de fatores econômicos, barreiras geográficas e escassez de profissionais de saúde impedem que as pessoas acessem esses cuidados. Nesse contexto, os ACS podem ajudar a preencher essa lacuna e ser uma ferramenta poderosa para alcançar comunidades marginalizadas, abordando as restrições no acesso aos cuidados de saúde e alcançando uma mudança de comportamento.

Segundo Samudio *et al.*, (2017), há fortes evidências de que os ACS podem ajudar a fortalecer os sistemas da APS, ligando as comunidades ao sistema de saúde mais amplo, estimulando o comportamento de busca de saúde e garantindo que os pacientes recebam cuidados preventivos baseados em evidências e intervenções em suas próprias comunidades. Assim, podem servir como uma parte crítica de um sistema de saúde amplo e universalmente acessível, estendendo o seu alcance e prestando serviços de alta qualidade.

O Brasil tem um dos maiores programas de ACS do mundo, que servem como uma ponte para o sistema de saúde da população brasileira. O programa foi concebido para abordar as três principais limitações do sistema de saúde: a fragmentação (na forma de sistemas paralelos e descoordenados); o foco em cuidados curativos hospitalares para a exclusão de cuidados primários e preventivos; e as grandes desigualdades na cobertura e acesso aos cuidados de saúde (OMS, 2019).

O último objetivo reflete o *ethos* da época em que o programa foi concebido. Quando o país saiu da ditadura militar, na década de 1980, a sociedade civil exigia uma política de saúde que refletisse novos ideais: universalidade, descentralização, participação e capacidade de proporcionar amplas melhorias na qualidade de vida e, ao mesmo tempo, reduzir a desigualdade (OMS, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde, cada ACS faz parte de uma equipe integrada de especialistas em APS e seu papel nessa equipe deve servir como uma ponte entre as comunidades e o sistema de saúde, bem como outros serviços governamentais. Os ACS fazem visitas domiciliares mensais a todas as famílias atendidas pela equipe, independentemente da necessidade ou demanda, encaminha pacientes para cuidados de saúde ou serviços sociais, acompanha os cuidados previamente

prestados, monitora condições crônicas, coleta dados socioeconômicos e de saúde e fornece educação em saúde (Brasil, 2020).

Este modelo holístico aborda toda a gama de causas de problemas de saúde, incluindo determinantes sociais (como higiene, saneamento e educação) e acesso a outros programas de direito do governo. Também aumenta o acesso aos cuidados de saúde primários, uma poderosa fórmula multissetorial para melhorar a saúde. Esses profissionais são eficazes, até mesmo vitais, para lidar com uma série de barreiras sistêmicas, incluindo o acesso, fornecimento de comunicação acessível, cultural e linguisticamente e construção de confiança entre os sistemas de saúde e os membros da comunidade (Rodrigues *et al.*, 2019).

De acordo com Araújo, Almeida e Sá (2017) os ACS se concentram em todos os membros da família com um pacote de atividades de promoção da saúde que abrange totalmente o curso da vida, preenchendo uma lacuna na prestação de cuidados de maneira única, fornecendo respostas locais rápidas e garantindo o acesso aos cuidados para todos.

Para Rodrigues *et al.* (2019) os ACS são a base do SUS e de essencial importância para estabelecer uma relação de confiança entre as comunidades e o sistema de saúde, e isso decorre do seu conhecimento local e do contato diário com as famílias. Entretanto, para que o programa de ACS seja eficaz e efetivo, é necessário um sistema de apoio sólido para fortalecer essa força de trabalho, por meio da EPS.

Seu trabalho está relacionado à nova compreensão do modelo assistencial, oferecendo uma visão ampliada do indivíduo, da família e da comunidade em um entendimento biopsicossocial, garantindo o vínculo entre o usuário e o sistema de saúde. Por estar mais próximo da população e dos problemas que a afetam, promove apoio coerente às famílias, educação e monitoramento de ações e programas. No entanto, segundo Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2016), é conhecido o sentimento de desvalorização vivenciado pelos ACS, relacionado ao fato da gestão e da comunidade não valorizarem seu trabalho, em comparação com outros profissionais de nível superior.

O trabalho do ACS é complexo, pois interage incessantemente com a comunidade. Ao entrar nas residências e se aproximar dos usuários, há maior acessibilidade para ouvir as reclamações, possibilitando um maior comprometimento para dar resultados e encaminhamentos aos problemas detectados. Ao mesmo tempo, suas observações devem ser compartilhadas com os demais membros da EqSF, para que estes possam ser resolvidos de acordo com as atribuições de cada um (Samudio *et al.*, 2017).

Souza (2014) identifica como fragilidade da função a preponderância de trâmites burocráticos de sua responsabilidade, o que leva esses profissionais a permanecerem mais tempo nas UBS do que no próprio campo, efetuando práticas que não são de sua responsabilidade. Dessa forma, responsabilizam-se por problemas relacionados à rede de saúde que estão fora de sua extensão, resultando em culpabilização. A comunicação entre os profissionais de nível superior e os ACS também é frágil, o que interfere diretamente no atendimento aos usuários, diminuindo a confiança da comunidade.

Esses acontecimentos contribuem falhas na atuação dos ACS, o que leva à diminuição do valor da função para a comunidade, o que depende da capacidade que demonstram de resolver os problemas introduzidos pelos usuários, ou seja, é uma credibilidade dinâmica, potencialmente desgastante (Guanaes-Lorenzi; Pinheiro, 2016).

Contudo, de acordo com Pereira *et al.* (2018) um componente limitante significativo tem sido a falta de treinamento para esses profissionais, devido à ausência de compreensão do seu importante papel junto à comunidade devido a um treinamento inadequado, o que pode ser um fator limitante na conscientização das pessoas que atendem. Tal situação decorre das atividades educacionais voltadas para o ACS serem baseadas em especificidades e treinamentos que não levam em conta o contexto em que trabalham e suas propriedades subjetivas (Pereira *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a EPS oferece uma estratégia de formação de equipes que, por meio do diálogo e da reflexão, busca conjuntamente soluções para os problemas do dia a dia. Com ela, os profissionais discutem casos, ações e intervenções, a fim de promover a resolutividade e a qualidade do serviço, modificando o processo de

trabalho, levando em consideração as necessidades de saúde do usuário e da comunidade (Rossetti *et al.*, 2019).

Para Queiroz, Silva e Oliveira (2015, p. 1200):

Investir na formação técnica e na valorização desses trabalhadores é sinônimo de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. Todavia, a ausência de proposições de processos pedagógicos, pautados em referenciais que possibilitem aprendizagem significativa e que reúnam qualidade ao trabalho desempenhado pelos ACSs, pode infligir perdas no papel assumido por essa política pública. O fato de não discutir nem saber lidar com problemas identificados no cotidiano de trabalho pode ensejar angústia, fragilizando o acompanhamento e a orientação de famílias sob sua responsabilidade; e ainda contribuir com a manutenção de práticas equivocadas, pautadas no biologicismo e na “medicalização” (Queiroz; Silva; Oliveira, 2015, p. 1200).

No que se refere à EPS dos ACS, o Ministério da Saúde elaborou Diretrizes e Orientações para a Capacitação de ACS nas Linhas de Cuidado, totalizando 200 horas, como forma de avançar no cuidado, até então focado na doença, para um mais qualificado, voltado à prevenção (Brasil, 2016).

No ano de 2020, por meio da Portaria n.º 3.241, foi criado o Programa Saúde com Agente, com carga horária de 1.275 horas, com o intuito de oferecer uma formação com práticas voltadas à promoção e integração entre ensino e serviço desses profissionais (Brasil, 2020).

Assim, a abordagem da EPS como estratégia sistemática e global visa não só melhorar o desempenho dos ACS a partir da atualização de conhecimentos ou habilidades técnicas específicas, mas também promover a transformação das práticas. Nesta perspectiva, procura contribuir para o desenvolvimento de uma estratégia de educação e formação, tendente a integrar as diferentes propostas educativas do Ministério da Saúde com a mesma abordagem educativa e padrões de qualidade; bem como a formação de perfis profissionais em saúde, adequados às necessidades de saúde da população e de acordo com as políticas públicas.

Preparar profissionais convergentes às necessidades do SUS impõe desafios de inovar os modelos e as práticas de formação destes profissionais para a construção de programas de ensino com alternativas que promovam maior aderência aos desenhos de organização da atenção à saúde, às aprendizagens significativas e às necessidades de saúde regionais e da equipe de saúde (Brasil, 2016, p. 23).

Com esta abordagem, promove-se a integração da educação na vida cotidiana, nomeadamente no contexto laboral, entendendo que os problemas que ali surgem

podem promover a reflexão sobre a própria prática, a valorização do processo de trabalho e a geração de novos saberes.

A ESF é um espaço importante para a consolidação da EPS, pela possibilidade desenvolver atividades compartilhadas em equipes, por meio do uso de diferentes tecnologias utilizados na área da saúde, e por desenvolver um trabalho interdisciplinar na formação de vínculo entre usuários e equipe, o que permite práticas transformadoras (Ferreira *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a EPS contribui para a melhoria da qualidade e das condições de serviços de saúde, utilizando os princípios da problematização, pensando processos educativos reflexivos, inovadores e a contextualização da realidade que ocorre nos espaços de educação entre saúde, trabalho e produção (Pereira *et al.*, 2018).

Desta forma, as realidades contidas no trabalho cotidiano são reconhecidas quando são problematizadas pelos trabalhadores que constituem e atuam como centro do processo pedagógico e de aprendizagem em sua ação produtiva (Fabrini *et al.*, 2018).

Além disso, Almeida *et al.* (2016) consideram que os valores da EPS trabalham por meio do conhecimento, do vínculo e do processo aprendizagem, fornecendo orientações pedagógicas para ações que integram o trabalho de forma inter e multiprofissional. Sob tal viés, torna-se possível a promoção ativa da participação dos trabalhadores na tomada de decisões e na melhoria do processo de trabalho.

A EPS, portanto, desenvolve estratégias capazes de aprimorar e articular mudanças, permitindo a troca de experiências, a construção coletiva e, principalmente, a socialização de uma cultura organizacional. Modificar e produzir mudanças nas práticas de saúde no cotidiano do trabalho dos ACS é fundamental para proporcionar os processos de trabalho em saúde, melhorando a formação da equipe, a reflexão sobre as ações e a possibilidade de avaliar esses processos (Lavich *et al.*, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a contribuição da Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do ACS, na construção e no fortalecimento do vínculo longitudinal.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Descrever a importância do vínculo longitudinal pelos profissionais e as estratégias de Educação Permanente em Saúde realizadas.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

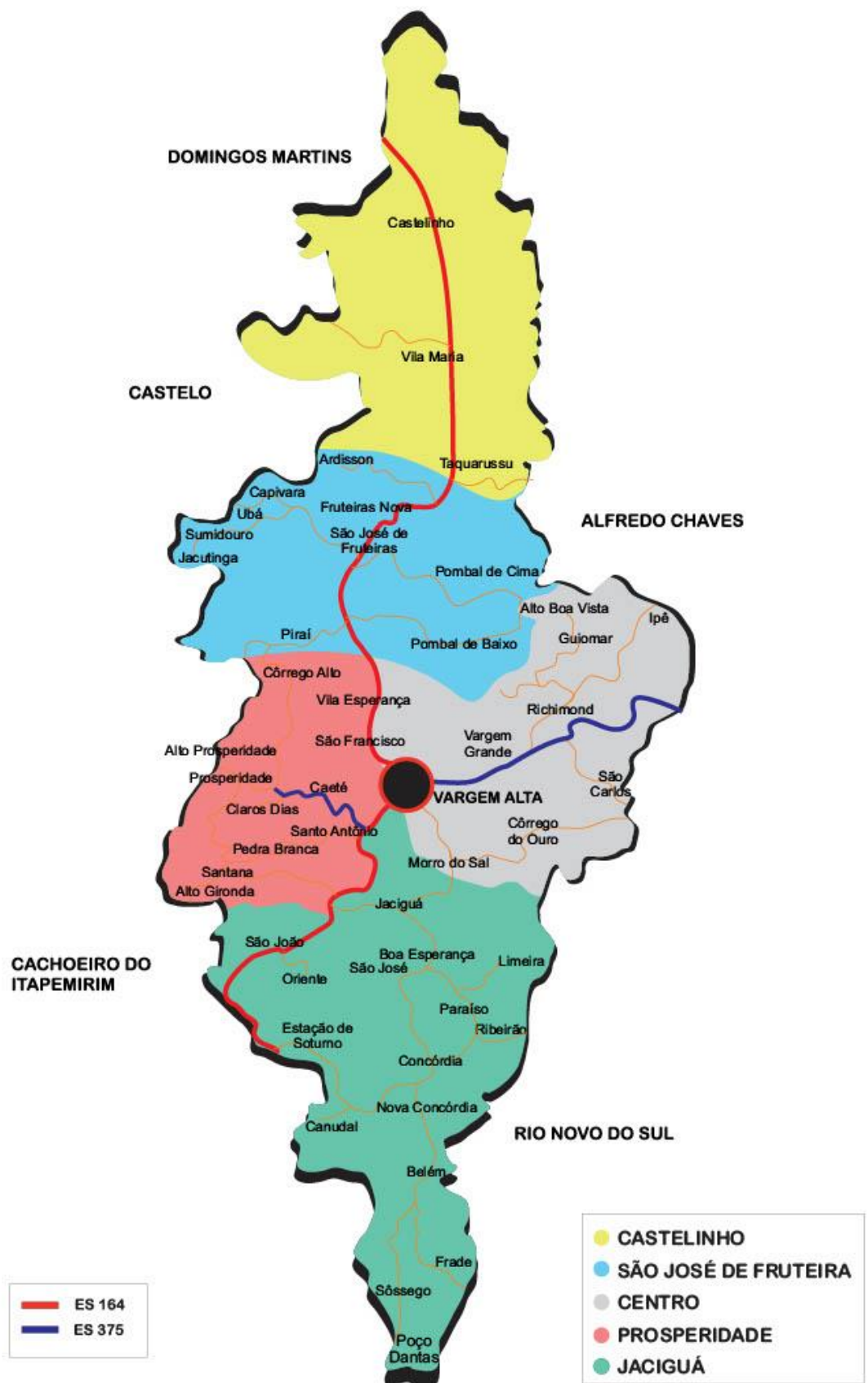
Estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, que buscou analisar as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde em relação a Educação Permanente na Saúde e a sua relevância em seu processo de trabalho, com foco na construção do vínculo longitudinal.

Para a coleta de dados, a fim de responder à pergunta norteadora deste estudo, foi utilizado um questionário semiestruturado (ANEXOS A, B, C) junto aos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município investigado.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Vargem Alta está localizado na Região Sul do estado, possuindo uma população de 19.563 habitantes distribuídos em sua sede e nos distritos de Jaciguá, São José das Fruteiras, Prosperidade e Alto Castelinho. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 64,8% da população reside na zona rural (IBGE, 2017).

Figura 1. Mapa do Município de Vargem Alta, Espírito Santo, Brasil.



Fonte: Collab028 (2024).

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) 007 Jaciguá, que se encontra localizada no distrito de Jaciguá, sendo a sede distrital das comunidades de Boa Esperança, São João, Limeira, Oriente, São José, Paraíso, Belem, Ribeirão, Canudal, Estação de Soturno, Concordia e São Manoel do Frade.

O território adscrito da EqSF abrange as comunidades de Jaciguá, São João, Oriente, São Jose, Limeira, Boa Esperança e por fim, Santana, que pertence ao distrito de Prosperidade. A unidade é composta por uma equipe com território adscrito de características mista, composto por áreas rurais e urbanas.

A unidade de saúde conta com uma equipe multiprofissional formada por 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Cirurgião-Dentista, 2 Técnicas de Enfermagem, 1 Recepcionista, 1 Auxiliar de Odontologia, 1 Auxiliar de Serviços Gerais, 1 Motorista e 7 ACS.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os ACS atuantes na UBS 007 Jaciguá, no período de fevereiro de 2024.

4.3.1 Critérios de inclusão

Todos os ACS atuantes no território da UBS 007 Jaciguá.

4.3.2 Critério de exclusão

Todos os profissionais que, no momento da entrevista, não se sentiram aptos para responder ao questionário semiestruturado ou que não desejaram participar do estudo.

4.4 PROTOCOLO

Foi solicitada a anuência para coleta dos dados junto à Secretaria Municipal de Saúde. A fim de garantir os preceitos éticos, os sujeitos convidados foram esclarecidos sobre os aspectos da pesquisa, e foi obtida a assinatura do TCLE.

Foi utilizado um questionário semiestruturado não validado com questões sobre o perfil sociodemográfico (idade, escolaridade, estado civil, escolaridade, formação, tempo de atuação na área, local de residência, local de trabalho) e aspectos relativos à Educação Permanente em Saúde e ao vínculo longitudinal.

As entrevistas foram realizadas nas dependências da Unidade Básica de Saúde, de forma individual, anônima e em local apropriado.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizado o método de análise temática (Braun; Clarke, 2006). A técnica de Braun e Clarke recomenda a utilização de seis fases, organizadas em: sistematizado em seis etapas: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca de temas, revisão de temas, definição e nomeação de temas, e elaboração do relatório final (Braun; Clarke, 2006).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) sob parecer nº 6.022.351 (CAAE: 68638423.9.0000.50.65), e seguiu as diretrizes em pesquisa com seres humanos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016 e Lei nº 14.874/2024.

O projeto foi apresentado previamente a todos os participantes do estudo, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os selecionados tiveram autonomia e o direito de participar da pesquisa ou não; também puderam deixar a pesquisa em qualquer momento, bastando, para isso, informar de forma que melhor lhe convir. Todos os participantes foram voluntários e a escolha dos participantes foi feita por adesão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta etapa quatro profissionais. A média de idade identificada é de 41,5, com idade mínima de 22 anos e máxima de 55 anos, corroborando com o estudo de Garcia *et al.* (2017) com ACS no Espírito Santo, no qual a maioria tinha entre 30 e 39 anos. Tais dados são divergentes ao encontrado nos trabalhos de Coriolano *et al.* (2012) e Imperatori e Lopes (2009) nos quais a maioria possuíam faixa etária entre 20 e 30 anos. Acredita-se que ACS mais velhos sejam mais conhecidos e detenham mais informações a respeito da população, bem como maior vínculo e amizades (Ferraz; Aertz, 2005).

Houve predominância do sexo feminino, fato consensual à literatura científica. Imperatori e Lopes (2009), Coriolano *et al.* (2012), Castro *et al.* (2017), Murillo (2024) e Garcia *et al.* (2017) evidenciaram que a maioria massiva dos ACS são do gênero feminino. Tal fato pode ser explicado pelo fato de o trabalho do ACS ser mais visado por mulheres devido as suas características, que exigem um trabalho mais sensível, em contato direto com indivíduos e famílias, e tal processo de socialização são habilidades comumente ligadas ao sexo feminino, fato que evidencia a presença massiva de mulheres nessa profissão. Ademais, questões ligadas ao gênero e cultura podem ser dificultadores ou facilitadores em determinadas situações vividas pelos ACS, como por exemplo casos de violência, dentre outras situações no qual muitas das vezes as mulheres são mais sensatas e sensíveis (Imperatori; Lopes 2009).

Dois indivíduos (50%) relataram ter pós-graduação, e quatro (100%) formação técnica complementar. Cabe ressaltar que a prática dos profissionais da ESF apresenta inúmeros desafios, e a capacitação é um deles. Além da capacitação formal, a constante formação no serviço é essencial, posto que o conhecimento, habilidades e atitudes vinculados promovem uma atuação mais eficaz. Nesse sentido, trabalhar o processo de constante capacitação no serviço é um desafio, visto que se trata de equipes multiprofissionais e que cada indivíduo é único e possui formas singulares de pensar, realidade que deve ser considerada nos processos formativos, sendo a realização de EPS um excelente meio para promover essa capacitação reflexiva e singular dos sujeitos, em especial o ACS (Barbosa; Ferreira; Barbosa, 2012).

O tempo de atuação na equipe e na comunidade apresentaram os mesmos resultados, com média de 8,5 anos (máx 5 – mín 12). Coriolano *et al.* (2012) evidenciou que a maioria dos ACS possuíam tempo de serviço maior que dois anos, e Murillo (2024) média de onze anos de atuação, fato que vai de encontro ao evidenciado nesta pesquisa.

Sobre o local de residência, metade reside na zona urbana e metade na zona rural. O local de residência é a mesma comunidade de trabalho de todos os profissionais entrevistados, corroborando com a literatura (Murillo, 2024).

Cabe salientar que os ACS realizam ações de promoção e prevenção de doenças, ações educativas e visitas domiciliares e, por geralmente residirem na comunidade a qual trabalham, possuem vínculos com os indivíduos. Isso é tido como um ponto muito positivo, visto que essa proximidade auxilia na atuação do serviço de saúde, mas por outro lado, conflitos pessoais podem atrapalhar seu trabalho, afetando também sua condição psicológica, fato que deve ser avaliado com parcimônia e exige boa conduta profissional (Secco *et al.*, 2020).

Ademais, quando são realizadas ações de educação em saúde com a comunidade, a participação dos ACS se faz necessária, visto que o vínculo com a comunidade faz com que os indivíduos possuam maior confiança nesse profissional, o que faz com que a população participe e seja mais colaborativa (Araújo *et al.*, 2018).

O outro lado de residir em seu local de atuação está relacionado ao desafio de realizar seu trabalho como morador e trabalhador, quando da necessidade de mediar as políticas públicas e muitas vezes tomar decisões difíceis. Esse constrangimento muitas vezes pode ocasionar o receio de, por exemplo, não realizar denúncias em casos de violência, fatos que podem impactar na saúde da população (Riquinho *et al.*, 2018).

Foram realizadas também perguntas relacionadas ao cuidado longitudinal a fim de verificar o conhecimento dos participantes sobre tal temática. Segundo Santos, Romano e Engstrom (2018), para a APS, o cuidado longitudinal é uma ferramenta poderosa para garantir um cuidado integral e eficaz, sendo reconhecido internacionalmente como parte integrante do modelo.

Em relação à questão que investigou o que é vínculo longitudinal, as respostas foram diversas, como a definição de um cuidado preventivo, estar bem informado e presente, assistência realizada cotidianamente e o relacionamento com os pacientes.

Quando a influência do vínculo no cuidado com os usuários da UBS, os participantes destacaram o cuidado integral e a importância da troca de informações, afirmando que o vínculo facilita a continuidade do tratamento e evita consultas e internações desnecessárias, transforma a UBS em uma aliada e melhora a qualidade da assistência prestada.

Desse modo, nota-se que as respostas dos ACS atuantes estão dentro desse conceito, visto que se trata dessa atuação contínua com os usuários da Unidade Básica de Saúde, mesmo que não seja diária, é uma relação e preocupação constante, levando em consideração suas necessidades. O protagonismo do ACS nessa relação com a população é ressaltado pelo vínculo, evidenciado em cada situação rotineira vivenciada, principalmente por meio de afeto e cuidado, sendo essa relação de vínculo muitas vezes maior que a relação de amizade comum, atravessando seu convívio familiar e garantindo a sensação de cuidado e proteção (Pinto *et al.*, 2017).

Ainda sobre vínculo longitudinal, todos relataram que a visita domiciliar é uma estratégia eficiente na promoção do vínculo e que a equipe trabalha em prol do fortalecimento do vínculo (Tabela 1).

Tabela 1. Percepção dos participantes com relação ao vínculo longitudinal. (N=4)

Variáveis	n	%
Estratégia eficiente na promoção do vínculo com os usuários do serviço de saúde		
Visita domiciliar	4	100
A equipe trabalha em prol do fortalecimento do vínculo		
Sim	4	100

Nota-se que todos consideram o vínculo como essencial em sua atuação, por diferentes motivos, mas ressaltam o que foi posto por Santos, Romano e Engstrom (2018) anteriormente sobre ser uma ferramenta necessária para garantir o cuidado integral e eficaz dos usuários da Unidade Básica de Saúde, além disso, eles também

afirmaram que a equipe formada por eles é capaz de proporcionar esse vínculo à comunidade, visto que se trata de um território pequeno, com poucos moradores, os métodos que a equipe utiliza para fortalecer esse vínculo são: visita domiciliar e com reuniões com os usuários sobre a educação em saúde, hiperDIA e por meio da reuniões entre a equipe para aperfeiçoamento dos conteúdos e formas de abordagem durante as visitas e reuniões com o usuário.

Na prática cotidiana do ACS as ações de cuidado e promoção de saúde mantêm e fortalecem o vínculo com relação às demandas e necessidades dos indivíduos e da população. A informação e comunicação que acontecem por meio do diálogo, significando as práticas de saúde e ocasionando melhoria na qualidade de vida dos indivíduos, fato que evidencia que os vínculos entre ACS e usuários são extremamente robustos e resolutivos (Pinto *et al.*, 2017).

Na construção do vínculo com o usuário do serviço de saúde, os profissionais relataram que o tempo é a principal dificuldade identificada, bem como questões mentais e familiares, muitas famílias sob a responsabilidade do ACS e a dificuldade de comunicação com os usuários, que muitas vezes não respondem as mensagens.

Quanto a construção, em equipe, do fortalecimento do vínculo de saúde para com os usuários da UBS, os profissionais destacaram o contato direto com os indivíduos por meio de visitas domiciliares, grupos de HiperDIA, reuniões de equipe, reuniões com usuários, ações de educação em saúde e outros eventos.

No trabalho em equipe para a construção e fortalecimento do vínculo, os profissionais relataram desafios e facilidades. Dentre as principais dificuldades, houve destaque para a falta de recursos materiais, de participação dos usuários e limitações na comunicação, falta de participação de usuários em ações e problemas de relacionamento entre a equipe.

Outrossim, o trabalho laboral do ACS, que consiste no cadastramento, monitoramento e registro de informações e condições de saúde se torna muito mais fácil de ser realizado quando há essa relação mais próxima, em situações que promovem diálogos pautados na convivência pessoal e profissional e na confiança depositada no ACS (Pinto *et al.*, 2017), principal elo entre serviço e usuário.

Como principais desafios enfrentados pelos ACS, emergem a falta de acolhimento pela eSF, o medo, a insegurança e angústia do profissional executar seu trabalho com a população (Brito *et al.*, 2024). Nesse sentido, a EPS surge como uma importante ferramenta de aprimoramento constante desses profissionais a partir das demandas surgidas em sua realidade prática.

Outrossim, condições deficientes de infraestrutura, dificuldade na realização do trabalho interprofissional, problemas na articulação das Redes de Atenção, cuidado em saúde dos ACS pautado em diferentes perspectivas e abordagens e a necessidade de ficar muito tempo interior do serviço de saúde desenvolvendo atividades burocráticas ao invés de atividades com a população são barreiras que dificultam a atuação do ACS nos serviços de saúde (Riquinho *et al.*, 2018).

Os ACS também foram questionados sobre a realização de ações de EPS. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia muito importante para a capacitação dos trabalhadores dos serviços de saúde, pois permite uma aprendizagem fundamentada na realidade prática do serviço (Botacin *et al.*, 2023). Os resultados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Percepção dos participantes com relação à Educação Permanente em Saúde. (N=4)

Variáveis	n	%
Participação em EPS		
Sim	4	100
Última vez que participou de alguma EPS		
Menos de 1 mês	2	50
Entre 1 e 3 meses	1	25
Entre 6 meses e 1 ano	1	25
Qual esfera governamental disponibilizou mais meios para sua qualificação (EPS)		
Municipal	4	100
Influência da EPS na construção do vínculo longitudinal		
Influencia totalmente	4	100
Importância na frequência de EPS		
Muito importante	4	100

EPS: Educação Permanente em Saúde.

Todos participaram de ações de EPS e a 2 (50%) afirmaram que essa participação ocorreu há menos de um mês em ações promovidas pela esfera municipal. Nesse sentido é primordial investir na qualificação técnica dos ACS, principalmente em sua valorização profissional, melhorando a qualidade do serviço e fortalecendo a ESF. Entretanto, percebe-se ainda ausência de qualificações pautadas no processo de trabalho e com metodologias que promovam o aprendizado significativo e reflexão sobre suas práticas. A dificuldade em lidar com problemas rotineiros do trabalho cotidiano muitas vezes gera angústia e receio, fragilizando o serviço e o atendimento à população, podendo ainda corroborar com práticas muitas vezes incoerentes, valorizando a medicalização e biologicismo, fato que poderia ser prevenido ao se proporcionar qualificação correta e pautada na vivência cotidiana desses profissionais (Queiroz; Silva; Oliveira, 2015).

As ações educativas, sobretudo de EPS, são fundamentais para a formação dos profissionais, entretanto, a ausência de sua realização, pontualidade, parcialidade, pontualidade e descontinuidade são barreiras à formação profissional, devendo ocorrer constante capacitação dos profissionais dos serviços e a realização de ações de EPS rotineiramente (Silva *et al.*, 2017).

A totalidade dos ACS atuantes responderam que a política e esses processos de Educação Permanente influenciam totalmente na construção do vínculo com os usuários e que esses eventos formativos são de suma importância.

Apesar da grande importância que o ACS possui na ESF, muitas das vezes sua formação se dá de forma incipiente, e nesse sentido, é fundamental a realização de ações de EPS no serviço, sobretudo com esses profissionais. Tais ações são de extrema importância e fundamentais, tanto para o ACS quanto para o serviço e a população, visto que propicia a reflexão sobre suas próprias práticas de saúde e auxilia a romper com uma prática em saúde extremamente tecnicista e hegemônica, proporcionando reflexões sobre seu modo de agir e suas práticas cotidianas (Queiroz; Silva; Oliveira, 2015).

Na APS, tanto nas cidades quanto no interior, o trabalho do ACS vem ganhando cada vez mais destaque e importância, diminuindo a distância entre o serviço e a população, identificando a percepção da população sobre as formas de cuidado e seu acesso aos serviços de saúde, ocasionando impactos na saúde do indivíduo e na

saúde coletiva, sendo primordial a valorização desses profissionais pelos serviços de saúde (Brito *et al.*, 2024).

Reitera-se, portanto, na necessidade da realização de espaços de EPS para qualificar o trabalho dos ACS, frente à sua importância para o serviço e na sua potencialidade de ocasionar transformações práticas, pois o serviço representa um espaço de reflexão, de problematização e de construção de novos modos de cuidar, essenciais para um trabalho crítico e colaborativo, contribuindo para a formação de um profissional mais competente que qualifica o serviço e promove melhor atendimento à população (Vallegas *et al.*, 2020).

Ademais, frente ao importante trabalho do ACS, as relações de vínculo também devem ser trabalhadas e solidificadas com a população. Cabe salientar que o vínculo advém de atitudes éticas, da prática clínica e das relações de convivência e de trabalho, sendo importante a fortificação desses laços e a constante capacitação desses profissionais, para que se encontrem mais preparados a lidar com a realidade do serviço e com a fortificação dos vínculos (Pinto *et al.*, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a contribuição da Política de Educação Permanente em Saúde no processo de trabalho do ACS, na construção e no fortalecimento do vínculo longitudinal, todos os profissionais consideram como estratégia eficiente na promoção do vínculo com os usuários do serviço de saúde e que toda equipe trabalha em prol do fortalecimento do vínculo. As principais barreiras apontadas no fortalecimento e construção do vínculo foram a falta de tempo e o excesso de famílias para acompanhamento por cada ACS. Com relação a EPS, a participação nas atividades educativas foi unânime e a última participação foi há menos de um mês em atividades promovida pelo município. Ademais, a EPS foi considerada muito importante por todos os profissionais entrevistados.

No que tange a avaliação do vínculo longitudinal, evidenciou-se a importância das informações, do cuidado preventivo, da assistência diária, continuidade do tratamento e qualidade da assistência. Com relação ao perfil sociodemográfico, a maioria dos ACS eram do sexo feminino, com formação técnica complementar, pós graduação e média de 8,5 anos de atuação na equipe.

Os ACS são a base do SUS e de essencial importância para estabelecer uma relação de confiança entre as comunidades e o sistema de saúde e seu conhecimento local e do contato diário com as famílias. No entanto, é notório um sentimento de desvalorização vivenciado pelos ACS, relacionado ao fato da gestão e da comunidade não valorizarem seu trabalho, em comparação com outros profissionais de nível superior. Ademais, nota-se que seu desempenho é menor devido ao predomínio de procedimentos burocráticos nessa área de atuação, razão pela qual esses profissionais passam mais tempo nas UBS do que com a comunidade, isto deixa-os culpados por problemas dentro da sua rede de cuidados de saúde que estão fora do seu controle.

Nota-se a necessidade de valorização dos ACS e reorganização das políticas públicas que coordenam a atenção básica, para que as barreiras e problemas identificados sejam minimizados para garantia do cuidado e vínculo longitudinal. Ademais, torna-se fundamental que as esferas Estaduais e Federais, junto a Municipal, desenvolvam rotineiramente ações de EPS com o objetivo de manter o

profissional atualizado e proporcionar melhores condições para o desenvolvimento de seu trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. S. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista Abeno**, v. 16, n. 2, p. 7-15, 2016.

ARAUJO, E. F. S. *et al.* Os agentes comunitários de saúde nas práticas educativas: potencialidades e fragilidades. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 26, p. e18425, 2018.

ARAÚJO, E. T. H; ALMEIDA, C. A. P. L; SÁ, G. G. M. Produção científica da formação e atuação do agente comunitário de saúde sobre hanseníase e tuberculose. **Rev Prevenção e Infecção e Saúde**, v. 3, n. 4, p. 35-45, 2017.

BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. L. S. M.; BARBOSA, P. M. K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, mar., v. 33, n. 1, p. 56-63, 2012.

BARICATI, C. C. A. A longitudinalidade do cuidado na atenção básica à luz da experiência dos usuários com hipertensão arterial. 2016, 102f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

BOTACIN, W. G. *et al.* Assessment of permanent education by the team of the expanded center for family health and primary care. **J Hum Growth Dev.**, v. 33, n. 3, p. 341-353, 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 20 fev. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0198_13_02_2004.html. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PNEPS-SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 27, 20 nov. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Institui as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente na Saúde. Brasília, Diário Oficial da União, 20 ago. 2007.

BRASIL. **Portaria n.º 3.241, de 7 de dezembro de 2020.** Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. 2020. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/12/portaria3241.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor e outras medidas. Brasília, Diário Oficial da União, 13 fev. 2004.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de dezembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 22 Set 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Saúde sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Brasília, Diário Oficial da União 21 set. 1990.

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

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde:** o que foi produzido para fortalecê-lo? Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRAVIN, F. P. **Política e ação pública:** análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2008. 119f. (Dissertação em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

BRITO, M. J. A. *et al.* Trabalho do agente comunitário de saúde na Implementação do SUS: fragilidades e desafios - revisão crítica. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo**, v. 16, n. 1, p. 2161–2178, 2024.

CASTRO, T. A. *et al.* **Agentes Comunitários de Saúde:** perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do seminário baiano. Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 294-301, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZrxpxGtjBGQPbG3zkYVLS5B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2024.

CAVALCANTI, F. O. L.; GUIZARDI, F. L. **Educação continuada ou permanente em saúde?:** análise da produção pan-americana da saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16 n. 1, p. 99-122, 2018.

COLLAB028. Mapa do município. Disponível em: <https://collab028.com/mapa-do-municipio/>. Acesso em: 10 jul. 2024.

- CUNHA, E. M. **Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS.** 2009. 150 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, suppl 1, p. 1029-1042, 2011.
- CORIOLOANO, M. W. DE L. et al. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 37–59, mar. 2012.
- FABRINI, V. C. N. et al. Atenção às pessoas com Tuberculose privadas de liberdade e Educação Permanente em Saúde. **Revista Trabalho, Educação, Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1057-1077, 2018.
- FALKENBERG, M. B. P. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.
- FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, abr.-jun. 2005.
- FERREIRA, L. et al. Educação Saúde Permanente na atenção básica: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.
- FROTA, A. C. et al. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 46, n. Esp.1, p. 131-151, 2022.
- GARCIA, A. C. P. et al. Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. educ. saúde**, v. 15, n. 1, jan.-apr., p. 283-300, 2017.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- GOMES, R. M. L. **Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família**. Recife: UFPE, 2015.
- GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.
- IMPERATORI, G.; LOPES, M. J. M. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam agentes comunitários de saúde? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 8394, 2009.
- LAVICH, C. R. P. et al. Ações de educação continuada de enfermeiras facilitadoras de um centro de educação em Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. 1-14, 2017.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

MOROSINI, M. V. G. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MURILLO, R. S. G. A visita domiciliar a pessoas idosas na ótica do agente comunitário de saúde e a noção de território sanitário. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, n. e02463247, p. 1-20, 2024.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretrizes da OMS sobre política de saúde e apoio sistêmico para a otimização de programas de agentes comunitários de saúde**. Genebra: OMS, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Renovação da atenção primária à saúde nas Américas**: um documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, L. D. A. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma prática possível. **Revista Online de Enfermagem da UFPE**, v. 12, n. 5, p. 1469-14779, 2018.

PESSOTO, U. C. *et al.* O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, pp. 9-22, 2015.

PIERANTONI, C. *et al.* Gestão do Trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 1-11, 2008.

PINTO, A. G. A. *et al.* Vínculos subjetivos do Agente Comunitário de Saúde no território da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 789-802, set./dez. 2017.

QUEIROZ, D. M.; SILVA, M. R. F.; OLIVEIRA, L. C. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 18, Supl 2, p. 1199-1210, 2015.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 163-182, 2018.

RODRIGUES, I. E. *et al.* **Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre o processo de formação para a atuação profissional**. CIAIQ2019, v. 2, p. 930-939, 2019.

ROSSETTI, L.T. *et al.* Educação permanente e gestão em saúde: a concepção dos enfermeiros. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n.1, p. 129-134, 2019.

- SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trab. Educ. Saúde**, v. 15 n. 3, p. 745-770, 2017.
- SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.
- SANTOS, R. O. M. *et al.* Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista De Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 1-18, 2018.
- SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, v. 28, n. 2, p. 1-13, 2018.
- SECCO, A. C. *et al.* Educação Permanente em Saúde para Agentes Comunitários: um Projeto de Promoção de Saúde. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 1-16, 2020.
- SIGNOR, E. *et al.* Educação Permanente em Saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de enfermagem UFSM**, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2015.
- SILVA, E. R. P. *et al.* Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 4, p. 635-641, 2012.
- SILVA, L. A. A. *et al.* Permanent education in primary health care: perception of local health managers. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 1-8, mar. 2017.
- SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 692-705, 2014.
- SILVERIO, R. *et al.* Educación Permanente en Salud: visiones de los equipos multiprofesionales de las unidades de salud de la familia. **Educa International Journal**, v. 2, n. 2, p. 147-165, 2022.
- SORATTO, J. *et al.* Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.
- SOUZA, F. R. M. **Agentes comunitários de saúde, formação e perfil profissional: o caso de Duque de Caxias/ RJ.** 2014. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- SOUZA, R. F.; ABRAHÃO, A. L. Reflexão sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família (ESF). **Revista Labor**, v. 1, n. 3, p. 82-95, 2017.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- VALLEGAS, A. B. *et al.* A educação permanente em saúde no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Res., Soc. Dev.**, Itajubá, v.9, n. 4, p. 1-18, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Data da coleta: _____

Identificação do participante: _____

SOCIODEMOGRÁFICO

Data de Nascimento	
Idade	
Qual o seu gênero?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Graduação incompleta <input type="checkbox"/> Graduação completa <input type="checkbox"/> Pós-graduação
Formação técnica e/ou complementar (especialização)	
Tempo de atuação na equipe	
Tempo de atuação na comunidade	
Local de residência	<input type="checkbox"/> Zona urbana <input type="checkbox"/> Zona rural
Local de trabalho é a mesma comunidade de residência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOBRE O VÍNCULO LONGITUDINAL

Para você, o que é vínculo longitudinal (acompanhamento de usuários ao longo da vida)?	
Em sua opinião, de forma objetiva como o vínculo pode interferir no cuidado de usuários da Unidade Básica de Saúde?	
Quais estratégia você acredita ser mais eficiente para promover o fortalecimento de vínculo com os usuários do serviço?	<input type="checkbox"/> Visita Domiciliar <input type="checkbox"/> Redes Social <input type="checkbox"/> Aplicativo de Mensagens <input type="checkbox"/> Reuniões com Usuários
De forma objetiva cite, as duas dificuldades que você encontra para construir um bom vínculo com o usuário?	
Agora sobre a equipe: Sua equipe realiza atividades de fortalecimento de vínculo com usuários?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Agora sobre a equipe: Como a equipe, em conjunto, busca fortalecer o vínculo com os usuários?	
Agora sobre a equipe: Quais as principais dificuldades e facilidades, relacionadas ao trabalho da equipe, na construção deste vínculo com o usuário do serviço de saúde?	

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Já participou de alguma educação permanente em saúde? Formações, treinamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual a última vez?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 mês <input type="checkbox"/> Entre 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> Entre 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6 meses a 1 ano <input type="checkbox"/> Mais de 1 ano <input type="checkbox"/> Não lembra
Quanto aos processos de educação ofertados durante sua vivência profissional qual esfera governamental disponibilizou/ofertou mais meios para se qualificar?	<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Municipal
Para você, como a política e os processos de educação permanente influencia na construção do vínculo com os usuários?	<input type="checkbox"/> Influencia Totalmente <input type="checkbox"/> Influencia Parcialmente <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Não Influencia
Para você, qual a importância da realização de educação permanente, de forma frequente?	<input type="checkbox"/> Muito Importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> As Vezes importante <input type="checkbox"/> Não é importante

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO LONGITUDINAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UMA UBS NO INTERIOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, sob a responsabilidade do mestrando pesquisador Mikhael Buzon Lessa e orientação do Prof. Dr. Alan Patricio da Silva

JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa tem o interesse em investigar, por meio da vivência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a relação dos processos de educação permanente em saúde (EPS) com a construção e fortalecimento do vínculo longitudinal. E, partir dos resultados, propor ações de fortalecimento da EPS na atenção primária à saúde, para melhorias dos processos de trabalho e consequentemente vínculo equipe-usuário do sistema de saúde.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA: Analisar a estruturação do vínculo longitudinal pelos ACS, baseado nos processos de educação em saúde, a luz da Educação Permanente em Saúde.

PROCEDIMENTOS: Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, que busca, na oportunidade pontuar as percepções dos ACS em relação a EPS e a relevância de seus processos em seu processo de trabalho, com foco na construção do vínculo longitudinal. A pesquisa será realizada nas dependências da Unidade Básica de Saúde (UBS) 007 Jaciguá, no município de Vargem Alta, Espírito Santo, Brasil. Serão incluídos ACS que estejam atuando no momento da pesquisa, que aceitem participar da pesquisa, e assinem o TCLE. A coleta de dados será realizada por meio de um questionário semiestruturado com questões que respondam o problema da pesquisa e atendam o objetivo proposto.

RISCOS E DESCONFORTOS: Durante essa pesquisa você poderá se sentir cansado ou constrangido ao responder os questionários ou participar dos testes de avaliação,

ou sentir se inseguro por medo de ser identificado. No entanto, o pesquisador se compromete a tomar todos os cuidados para que essas situações eventuais não ocorram. Serão evitadas a descrição de informações que possam comprometer a sua confidencialidade e lhe causar constrangimento.

BENEFÍCIOS: A pesquisa terá como benefício a oportunidade de conhecer as lacunas encontradas nos processos de EPS na Atenção Primária, bem como às relacionadas a dificuldade e fragilidade na construção do vínculo longitudinal. Conhecer esta realidade permitirá uma melhor organização dos serviços de saúde, com foco no aprimoramento do conhecimento dos profissionais e seus processos de trabalho.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: O(a) senhor(a) receberá todas as informações necessárias sobre a participação da pesquisa por parte do(s) pesquisador(es) responsáveis.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO: você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: O(a) Sr(a) não terá custos ou compensação financeira com a participação na pesquisa. Na ocorrência de algum dano, comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, previstos ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), será garantida a indenização, conforme determinação da legislação vigente.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora Mikhael Buzon Lessa no telefone (28) 99986-9308, ou endereço Rua Praça Padre Olívio, s/n, bairro Jaciguá, Cidade Vargem Alta – Espírito Santo. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, ____ de _____ de 2023

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “O PROCESSO/POLITICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAUDE E A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO LONGITUDINAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UMA UBS NO INTERIOR DO ESPIRITO SANTO”, eu, Mikhael Buzon Lessa, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO LONGITUDINAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA, EM UMA UBS NO INTERIOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.

Pesquisador: MIKHAEL BUZON LESSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68638423.9.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.022.351

Apresentação do Projeto:

O agente comunitário de saúde (ACS) é considerado um importante elo de ligação entre comunidade e equipe de APS, além de peça fundamental na consolidação do sistema de saúde. Assim, a saber da importância deste profissional e a necessidade de valorização do mesmo, esta proposta permitirá identificar lacunas na construção de saberes dos ACS e permitirá ampliar a reflexão sobre as estratégias utilizadas na construção e/ou fortalecimento do vínculo longitudinal. Por meio da vivência dos ACS, e a identificação da relação da EPS com a construção e fortalecimento do vínculo longitudinal, será possível propor ações de fortalecimento da EPS na APS, para melhorias dos processos de trabalho e consequentemente vínculo equipe-usuário do sistema de saúde. Visto que a realização de ações de EPS superam a fragmentação dos saberes e qualificam o cuidado em saúde, conforme diretrizes do SUS.

Desenho: Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, que busca, na oportunidade pontuar as percepções dos ACS em relação a EPS e a relevância de seus processos em seu processo de trabalho, com foco na construção do vínculo longitudinal. A princípio, será realizada uma revisão bibliográfica para um aprofundamento teórico do tema e problema investigado. A busca da literatura será realizada nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science e National Library of Medicine (PubMed/Medline),

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.022.351

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Documentos do Ministério da Saúde do Brasil. Para as buscas, será utilizado um vocabulário controlado de forma a considerar os seguintes descritores em saúde (Decs/Mesh) em combinação com operadores booleanos AND e/ou OR: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Educação Continuada. Como critérios de inclusão, serão considerados: artigos publicados em português e inglês, nos anos de 2013 a 2023 e com texto completo disponível. Serão excluídos os artigos duplicados e que não abordem o tema investigado neste projeto como assunto central. Para análise documental, serão considerados todos os documentos e políticas publicadas do Ministério da Saúde do Brasil e da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Posteriormente, para a coleta de dados, a fim de responder à pergunta norteadora deste estudo, será realizada uma entrevista por meio de formulário semiestruturado junto aos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município investigado.

Tamanho da Amostra no Brasil: 7 (sete).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar a estruturação do vínculo longitudinal pelos ACS, baseado nos processos de educação em saúde, a luz da Política de Educação Permanente em Saúde.

Objetivo Secundário: Descrever o perfil sociodemográfico dos ACS; Caracterizar a relação profissional-usuário na visão do profissional; Descrever as estratégias de educação em saúde e seus impactos na construção do vínculo e atuação na comunidade; Identificar na visão do profissional a importância do vínculo longitudinal na Saúde da Família e sua estruturação na base.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Critério de Inclusão: Serão considerados como critério de inclusão: todos os ACS atuantes no território da Unidade Básica de Saúde; que aceitem participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão: Será adotado como critério de exclusão todos os profissionais que no momento da entrevista não se sintam aptos para responder o questionário semiestruturado.

Riscos: Durante essa pesquisa você poderá se sentir cansado ou constrangido ao responder os

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190	
Bairro: Bairro Santa Luiza	CEP: 29.045-402
UF: ES	Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586
	E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.022.351

questionários ou participar dos testes de avaliação, ou sentir se inseguro por medo de ser identificado. No entanto, o pesquisador se compromete a tomar todos os cuidados para que essas situações eventuais não ocorram. Serão evitadas a descrição de informações que possam comprometer a sua confidencialidade e lhe causar constrangimento.

Benefícios: A pesquisa terá como benefício a oportunidade de conhecer as lacunas encontradas nos processos de EPS na Atenção Primária, bem como às relacionadas a dificuldade e fragilidade na construção do vínculo longitudinal. Conhecer esta realidade permitirá uma melhor organização dos serviços de saúde, com foco no aprimoramento do conhecimento dos profissionais e seus processos de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O ACS é considerado um importante elo de ligação entre comunidade e equipe de APS, além de peça fundamental na consolidação do sistema de saúde. Assim, a saber da importância deste profissional e a necessidade de valorização do mesmo, esta proposta permitirá identificar lacunas na construção de saberes dos ACS e permitirá ampliar a reflexão sobre as estratégias utilizadas na construção e/ou fortalecimento do vínculo longitudinal. Por meio da vivência dos ACS, e a identificação da relação da EPS com a construção e fortalecimento do vínculo longitudinal, será possível propor ações de fortalecimento da EPS na APS, para melhorias dos processos de trabalho e consequentemente vínculo equipe-usuário do sistema de saúde. Visto que a realização de ações de EPS superam a fragmentação dos saberes e qualificam o cuidado em saúde, conforme diretrizes do SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190			
Bairro: Bairro Santa Luiza		CEP: 29.045-402	
UF: ES	Município: VITORIA		
Telefone: (27)3334-3586	Fax: (27)3334-3586	E-mail: comite.etica@emescam.br	

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.022.351

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2115606.pdf	10/04/2023 16:26:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/04/2023 16:24:28	MIKHAEL BUZON LESSA	Aceito
Declaração de concordância	termodeanuencia.pdf	10/04/2023 16:18:19	MIKHAEL BUZON LESSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestrado.pdf	10/04/2023 16:17:47	MIKHAEL BUZON LESSA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoAssinada.pdf	10/04/2023 16:15:30	MIKHAEL BUZON LESSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 25 de Abril de 2023

**Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))**

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br