

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências

EPSJV-004-CAC-14

Relatório Final

Período: janeiro de 2015 a janeiro de 2017

Rio de Janeiro

Fevereiro de 2017

Relatório Final

Período: janeiro de 2015 a janeiro de 2017

Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências - EPSJV-004-CAC-14

Desenvolvido pelo Observatório dos Técnicos em Saúde da Rede de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no âmbito da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz)

Coordenação do Observatório dos Técnicos em Saúde

André Feitosa

Coordenação do Projeto

Marise Nogueira Ramos

Equipe do Projeto na EPSJV/Fiocruz

Amanda Aparecida S. Machado

André Feitosa

André Malhão

Angélica Ferreira Fonseca

Carla Cabral G. Carneiro

Filippina Chinelli

Gianne Reis

Júlio César França Lima

Lívia Fraga

Márcia Valéria G. C. Morosini

Mariana Nogueira

Maurício Monken

Muza Clara Velasquez

Raphael Lopes Valério

Raquel Barbosa Moratori

Roberta Corôa

Sandra Martins

Equipe do Projeto nas ETSUS, ESP e Fiocruz-Ceará

Alice Werneck Massote – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Ana Lúcia Nascimento Fonseca – Centro Formador/ Escola de Saúde Pública do Paraná

Denise Rodrigues Fortes – ETSUS Mato Grosso do Sul

Francisco Jadson Franco Moreira – Escola de Saúde Pública – Ceará

Geisa Cristina Nogueira Plácido dos Santos – Escola de Formação Técnica em Saúde Prof.

Jorge Novis – Bahia

Iorrani Bispo dos Santos – Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis – São Paulo
João André Tavares Álvares da Silva – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
Joelma Pinheiro Meira Barbosa – ETSUS Bahia
Jucineide Proença da Cruz Schmidel – Escola de Saúde Pública do Mato Grosso
Kalinne Cabral Pinto – ETSUS Pará /SESPA
Marcelo Dourado Carvalho Lopes – CEP Saúde/GESAP/SEST-SUS - Goiás
Maria de Jesus Dias de Araújo – Secretaria de Estado de Saúde de Teresina - Piauí
Maria Patrícia da Silva – ETSUS/CEPT/UNIMONTES – Minas Gerais
Neuza Buarque de Macêdo – Escola de Governo em Saúde Pública - Pernambuco
Rafiza Feliz Marão Martins – ETSUS Maranhão;
Vanira Matos Pessoa – Fiocruz – Ceará.

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1: Fontes e conteúdos dos saberes profissionais.56

Esquema 2: Relação fontes de conhecimento e modos de cognição. 62

Esquema 3: Relação entre indicadores da ação e tipo de mente. 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Municípios selecionados a partir de todos os critérios da pesquisa, por região. 32

Tabela 2 – Realização do trabalho de campo: datas e pesquisadores responsáveis. 42

Tabela 3: Trabalhadores da Atenção Básica entrevistados em cada município, por categoria profissional. 43

Tabela 4: Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento. 52

Tabela 5: Relação fontes de conhecimento e modos de cognição. 61

Tabela 6: Relação entre indicadores de ação, tipos de mente, fontes dos conhecimentos e modos de cognição. 64

LISTA DE QUADROS

Quadro 4: Escopo de práticas dos trabalhadores técnicos das eSF investigadas.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. 116

QUADRO 4.1 Síntese das tarefas não prescritas e realizadas e os desvios de função

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. 144

Quadro 4: Escopo de práticas dos trabalhadores técnicos das eSF investigadas

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM. 152

Quadro 4.1 Síntese das tarefas não prescritas e realizadas e dos desvios de função

TRABALHADOR: TÉCNICO EM ENFERMAGEM.172

Quadro 4: Escopo de práticas dos trabalhadores técnicos das eSF investigadas

TRABALHADOR: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL. 176

Quadro 4.1 Síntese das tarefas não prescritas e realizadas e dos desvios de função

TRABALHADOR: AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL 203

Quadro 4: Escopo de práticas dos trabalhadores técnicos das eSF investigadas

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE). 207

Quadro 4.1 Síntese das tarefas não prescritas e realizadas e dos desvios de função

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS. 235

Quadro 5: Tipos e fontes de conhecimentos das eSF investigadas

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE. 244

Quadro 5.1 Tendências de fontes e tipos de conhecimentos técnico-científicos

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS). 325

Quadro 5. Tipos e fontes de conhecimentos dos trabalhadores das eSF investigadas

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM. 332

Quadro 5.1. Tendências de fontes e tipos de conhecimentos técnico-científicos

TRABALHADOR: TÉCNICO EM ENFERMAGEM. 379

Quadro 5 – Tipos e fontes de conhecimentos dos trabalhadores das eSF investigadas

TRABALHADORES: SAÚDE BUCAL. 385

**Quadro 5.1. Tendências de fontes e tipos de conhecimentos técnico-científicos
TRABALHADORES: SAÚDE BUCAL. 438**

**Quadro 5 – Tipos e fontes de conhecimentos dos trabalhadores das eSF investigadas
TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS. 447**

**Quadro 5.1 Tendências de fontes e tipos de conhecimentos técnico-científicos
TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE). 525**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. OS SUJEITOS DA PESQUISA: ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS	4
1.1. Auxiliar e técnico de enfermagem	9
1.1. Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal	16
1.2. Agente de Combate a endemias	20
1.3. Agente Comunitário de Saúde	24
2. ATIVIDADES REALIZADAS	31
2.1. Seleção dos municípios.....	32
2.2. Seleção das equipes	33
2.3. Efetivação da parceria com as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS).....	38
2.4. Elaboração e teste dos instrumentos de pesquisa	38
2.5. Oficinas de Trabalho	39
2.5.1. Primeira oficina (Apêndice II).....	39
2.5.2. Segunda oficina (Apêndice III)	39
2.5.3. Terceira oficina (Apêndice IV)	40
2.6. Organização e Cronograma do Trabalho de Campo	41
2.7. Transcrição das entrevistas	43
2.8. Conversão do material empírico em documentos de análise.....	44
3. REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA	44
3.1. Referencial teórico-metodológico sobre trabalho em equipe	47
3.2. Referencial teórico-metodológico sobre saberes profissionais	50
3.2.1. O saber profissional como representação situada: uma abordagem cognitiva da ação.....	55
4. RESULTADOS DA PESQUISA	61
4.1. O processo de trabalho dos trabalhadores técnicos das equipes da Saúde da Família investigadas: dados das entrevistas	61
Agentes Comunitários de Saúde(ACS).....	61
Agentes de Combate a Endemias (ACE)	70
Técnicos de Enfermagem (TEn)	76
Técnicos em Saúde Bucal (TSB)	79
Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)	81
4.1.1. O processo de trabalho dos trabalhadores técnicos das equipes da Saúde da Família investigadas: dados agregados das observações de campo.....	83

4.2. O perfil das equipes de Saúde da Família no Brasil.....	88
4.2.1 Escolaridade.....	88
4.2.2. O cotidiano de trabalho nas eSF	94
4.2.3. O trabalho em equipe.....	98
4.2.4. Dificuldades para a realização do trabalho na equipe multiprofissional.....	103
4.2.5. Desafios e possibilidades do trabalho em equipe nas eSF	103
4.3. Práticas dos trabalhadores técnicos das equipes de Saúde da Família	105
4.3.1. Tendências de alterações no escopo de práticas dos Agentes Comunitários de Saúde	106
4.3.2 Tendências de alterações no escopo de práticas dos Técnicos em Enfermagem	146
4.3.3. Tendências de alterações no escopo de práticas dos Técnicos em Saúde Bucal.....	170
4.3.4. Tendências de alterações no escopo de práticas dos Agentes Comunitários de Endemias	201
4.4. Saberes profissionais dos trabalhadores técnicos das equipes de Saúde da Família	235
4.4.1. Tipos e fontes de conhecimentos dos ACS	235
4.4.2. Tipos e fontes de conhecimentos dos Técnicos de Enfermagem (TEn).....	325
4.4.3 Tipos e fontes de conhecimentos dos trabalhadores da Saúde Bucal (TSB e ASB)	379
4.4.4. Tipos e fontes de conhecimentos dos ACE.....	441
5. CONCLUSÕES.....	524
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	557
ANEXOS E APÊNDICES	562
ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-EPSJV	563
APÊNDICE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ESPACIAL DOS MUNICÍPIOS INVESTIGADOS	564
APÊNDICE II - PROGRAMAÇÃO DA 1ª OFICINA DE TRABALHO DO PROJETO SABERES	584
APÊNDICE III - PROGRAMAÇÃO DA 2ª OFICINA DE TRABALHO DO PROJETO SABERES.....	586
APÊNDICE IV - PROGRAMAÇÃO DA 3ª OFICINA DE TRABALHO DO PROJETO SABERES	589
APÊNDICE V - ALTERAÇÕES REGISTRADAS NO CNES RELATIVAS AOS PROFISSIONAIS TÉCNICOS DAS EQUIPES SELECIONADAS.....	591
APÊNDICE VI - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	601
APÊNDICE VII - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA	602
APÊNDICE VIII - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL ENTREVISTADO.....	606
APÊNDICE IX - PROGRAMAÇÃO DA 3ª. OFICINA DE TRABALHO DO PROJETO “PROCESSO DE TRABALHO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS SABERES, PRÁTICAS E COMPETÊNCIAS”	607
APÊNDICE X - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	614
APÊNDICE XI - QUADRO 1: ANÁLISE POR TRABALHADOR.....	619
APÊNDICE XII - QUADRO 2: ASPECTOS CENTRAIS POR EQUIPE.....	620

APÊNDICE XIII - QUADRO 3: RETRATO DA EQUIPE.....	621
APÊNDICE XIV - LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO SOBRE TRABALHO EM EQUIPE	622
APÊNDICE XV - DVD COM GRAVAÇÃO DA REUNIÃO EPSJV/USP/OPS: REFERENCIAIS TEÓRICOS DE PESQUISAS REALIZADOS NO ÂMBITO DA REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE	635
APÊNDICE XVI - PROPOSTA DE DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA	636

INTRODUÇÃO

O projeto **Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências** consiste em uma pesquisa multicêntrica, de caráter qualitativo, com inspiração etnográfica na abordagem dos elementos da prática profissional. Propõe o uso de tipologia da sociocognição para verificar a relação entre situações de trabalho, práticas e competências dos trabalhadores, assim como compreender a produção de saberes em interação (RAMOS, 2014).

Abrange diferentes categorias profissionais: auxiliares/técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnicos em saúde bucal e agentes de combate a endemias, todos integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). No âmbito do projeto, esses profissionais serão chamados genericamente de “trabalhadores técnicos da Estratégia Saúde da Família”.

Para a abordagem das questões relativas às atividades dos profissionais, adotamos a noção de “trabalho em equipe”, como um pressuposto da Estratégia Saúde da Família para a reorganização do processo de trabalho, conforme apresentado por Peduzzi (2008). Segundo a autora, o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma “modalidade de trabalho coletivo construído por meio da relação recíproca, isto é, de mão dupla, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação de profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação” (PEDUZZI, 2008, p. 423).

A pesquisa foi motivada pela constatação da continuidade de problemas históricos no campo da formação e do trabalho em saúde, a saber: descompasso entre a formação de trabalhadores técnicos e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS); insuficiência de estudos e pesquisas, na área de regulação da formação dos profissionais de saúde; segmentação das profissões; conflitos no interior dos processos de trabalho; e dificuldades do trabalho multiprofissional.

Considerados os problemas citados, o projeto teve como objetivo geral analisar o processo de trabalho dos técnicos em saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), em municípios das cinco regiões brasileiras. Essa análise levou em conta a formação profissional, as atribuições e as competências profissionais dos técnicos. Foi observado também o escopo de práticas, além da divisão e da incorporação de atividades e práticas internas pelos trabalhadores, entre eles e com os profissionais de nível superior. Esse objetivo foi desdobrado nos seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar a formação profissional desses trabalhadores, considerando os princípios e as diretrizes da ESF e as características do processo de trabalho;
- b) Identificar as atribuições e o escopo de práticas, saberes e competências dos auxiliares e técnicos de Enfermagem (AEn e TEn), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) inseridos em equipes da ESF, nas áreas investigadas;
- c) Identificar a divisão de trabalho interna para os trabalhadores técnicos, e entre eles e os de nível superior, bem como a incorporação de atividades e práticas que incidem sobre essa divisão.

A análise compreendeu, então, três eixos, a saber: a) da formação; b) das práticas, saberes e competências profissionais; e c) das interações no interior das equipes. Esses eixos, em relação aos quais se elaboraram as respectivas questões de estudo que a pesquisa buscou responder, são descritos a seguir.

- a) **Quanto à formação:** escolaridade e formação profissional dos trabalhadores e sua relação com o processo de trabalho real.

Questões de estudo:

- a1) qual a escolaridade desses trabalhadores;
- a2) a formação inicial e continuada é compatível como o trabalho real.

- b) **Quanto a práticas, saberes e competências profissionais:** o escopo de práticas associadas às situações de trabalho mais frequentes, os saberes que estão implicados nas práticas, as competências práticas e cognitivas que são comumente mobilizadas frente às situações de trabalho.

Questões de estudo:

- b1) qual o escopo ou o âmbito de práticas;
- b2) quais saberes estão implicados nas práticas desses trabalhadores;
- b2a) que tipos e fontes de conhecimentos predominam na prática desses profissionais;
- b3) quais modos de cognição predominam na equipe;
- b4) qual a qualidade dos saberes da equipe, considerando os modos de cognição que processam os conhecimentos.

- c) **Quanto às interações no interior das equipes:** os conflitos que ocorrem entre os técnicos e entre eles e os profissionais de nível superior, as estratégias implementadas para contornar ou superar conflitos, as dificuldades mais frequentes para a realização do trabalho multiprofissional.

Questões de estudo:

- c1) quais relações existem no interior da equipe de saúde ou entre os trabalhadores técnicos, e entre eles e os profissionais de nível superior;
- c2) quais estratégias são implementadas pelos trabalhadores para contornar ou superar conflitos;
- c3) quais dificuldades são mais frequentes para a realização do trabalho multiprofissional.

Nota teórico-metodológica sobre o conceito de competência orientador da investigação

O diálogo entre as coordenações de projetos de pesquisa, apoiados por carta-acordo firmada com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), e que usam o conceito de competência como categoria teórico-metodológica, identificou três abordagens, a saber: a) competências profissionais como atribuições da profissão reguladas juridicamente; b) competências como tarefas e desempenhos que podem ser prescritas e avaliadas; c) competências como mobilização cognitiva de conhecimentos frente a situações.

Como resposta à necessidade de alinhar o uso do conceito no campo da saúde, o projeto adotou a terceira abordagem, construída na perspectiva da sociocognição (RAMOS, 2014). O termo “competência/competências” foi substituído por “modos de cognição”, para manter coerência com o referencial teórico-metodológico sobre saberes profissionais que orientou a investigação¹.

Uma metáfora explicativa sobre a diferença entre as abordagens (b) e (c) é o iceberg. As competências entendidas como tarefas e desempenhos profissionais seriam a ponta do iceberg, isto é, a dimensão visível da competência profissional que pode ser prescrita, controlada e avaliada na forma do “fazer ou ser capaz de fazer algo”. O que está subjacente ao iceberg, não visível, que não se pode prescrever, controlar ou avaliar objetivamente, seriam os modos de cognição. A competência profissional, então, seria todo o iceberg, isto é, a complexa relação

¹ No artigo em referência, utilizamos “modos de cognição” e “competências cognitivas” como sinônimos. Neste relatório, como se explica, passamos a usar somente “modos de cognição”.

entre a ação – o desempenho observável – e o que sustenta essa ação, como modos de cognição e modos de mobilização cognitiva de conhecimentos em situação.

Compreendendo que as outras abordagens citadas não adotam a mesma definição de competência, mas, em especial no caso (b), a tomam por uma de suas dimensões – a ponta “visível” do iceberg, a pesquisa usa o conceito de “saber profissional” para corresponder ao conjunto do iceberg, ou à complexa relação entre ação e cognição, no lugar de “competência profissional”. Entende-se ainda que, quando os resultados das referidas pesquisas forem compartilhados, haverá uma complementação entre o que seriam as competências, as tarefas e os desempenhos, os modos de cognição e os saberes profissionais dos trabalhadores da saúde.

1. OS SUJEITOS DA PESQUISA: ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS

Entre os sujeitos da pesquisa, o que denominamos atualmente de Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o de origem mais recente, e data da segunda metade do século passado. No contexto dos processos de extensão de cobertura em Atenção Primária em Saúde, o exemplo internacional mais conhecido é a experiência dos ‘Médicos de pés descalços’, na China, no início dos anos 1970. A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma Ata, em 1978, a utilização de pessoal não profissional se expande para outros países, tais como México, Cuba e, especialmente, países africanos em processos de libertação nacional.

No Brasil, as primeiras experiências datam dos anos 1940, com as visitadoras sanitárias, treinadas pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação Sesp). Nos anos 1970, o Projeto Montes Claros (1976) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), entre 1976 e 1979, se tornam referências no uso de pessoal não profissional oriundo de movimentos populares de base comunitária e/ou das comunidades eclesiais de base. Porém, foi o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, em 1987, que serviu de base para a expansão nacional da experiência, nos anos 1990, com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (1991-1992) que, a partir de 1994, vai se integrar ao Programa Saúde da Família.

As práticas de enfermagem e odontológicas no Brasil, ao contrário, datam do período colonial-escravista (séculos XVI a XVIII). Chegam ao país com outros ofícios mecânicos, assim denominados à época, nas primeiras expedições que tinham por objetivo auxiliar na montagem do aparato da colonização, principalmente a partir de 1549. Por outro lado, as

práticas de vigilância em saúde começam a ser organizadas em 1808 (século XIX), logo após a chegada da Família Real ao país, com utilização de pessoal treinado para prevenção e controle de endemias e inspeção sanitária dos portos.

Em 1886, é criada a Polícia Sanitária responsável por combate e controle de surtos epidêmicos. O lado avesso da “modernidade” da capital do país, nesse período, era uma cidade pestilenta e suja. Inúmeras epidemias atingiram o Rio de Janeiro, desde 1828, e isto está na origem da criação do ofício de Guardas Sanitários, conhecidos como mata-mosquitos à época de Oswaldo Cruz, no início do século XX, porém com diferentes designações ao longo do tempo: agente de saúde pública, visitador sanitário, agente de controle de endemias, guarda de endemias e, atualmente, denominados de Agentes de Combate às Endemias (ACE).

Nos três primeiros séculos da colonização, ou no período colonial-escravista, a formação para o trabalho em saúde ocorre majoritariamente no próprio ambiente de trabalho e/ou via tradição oral. Em outras palavras, não havia escolas formais para habilitar uma pessoa nos diversos ofícios então existentes, particularmente os ofícios voltados à arte de curar. Registros históricos dão conta que, por exemplo, os cirurgiões-barbeiros eram os maiores concorrentes dos físicos – os médicos da época, que podiam ser físicos, barbeiros, cirurgiões, enfermeiros, boticários, dentistas ou parteiros (LIMA, 2013).

Em relação à regulamentação profissional dos ofícios em saúde, o sistema existente durante todo o período colonial-escravista reproduzia aquele da metrópole portuguesa. O candidato interessado era examinado por uma banca, composta de físicos e cirurgiões licenciados em Portugal, tinha que comprovar dois anos de experiência prática e pagar uma taxa para os examinadores e outra pela carta de licença. “Os barbeiros eram examinados e licenciados para atos específicos, como: sangria, sarjação, aplicação de ventosas e arrancamento de dentes” (PIRES, 1989, p.33). Porém, a regulamentação profissional no Brasil Colônia existia apenas oficialmente.

Além de ser um processo demorado e acessível somente àquele que auferia renda para se habilitar, na prática não havia fiscalização. Os físicos, em número reduzido, residiam nas principais vilas e cidades e atendiam nos domicílios de quem podia pagar. Existiam inúmeros praticantes ilegais que eram reconhecidos socialmente, a depender dos sucessos e dos insucessos de sua prática.

No século XIX, esse quadro começa a mudar em razão do progressivo desenvolvimento das forças produtivas e, particularmente, da relação entre Estado, sociedade e medicina. É um

período de formação do Estado nacional, de transição de uma sociedade baseada no trabalho escravo para outra, baseada no trabalho livre. Com a chegada da Família Real, em 1808, foram criados os cursos médico-cirúrgicos na Bahia e no Rio de Janeiro.

A partir de então, a prática liberal vai cedendo espaço à vinculação institucional nas escolas, nos hospitais, nas associações médicas e na organização estatal dos serviços de saúde pública, estreitando cada vez mais a relação da medicina com o aparelho de Estado até sua participação efetiva, no início dos novecentos, com Oswaldo Cruz. Em outras palavras, os médicos, pela sua maior articulação com o Estado e por meio das legislações aprovadas no período, fazem valer pela força a sua supremacia no setor de saúde, principalmente após a fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1829, transformada em Academia Imperial de Medicina, em 1835, depois denominada Academia Nacional de Medicina, em 1890.

Entre as principais mudanças que ocorrem no setor saúde a partir de 1808, podemos enumerar: a criação do curso de partos, em 1809, efetivamente implantado em 1832; regularização da situação dos diversos praticantes das artes de curar, com a expedição de licenças para cirurgiões, barbeiros e sangradores; criação e/ou reformulação dos regulamentos sanitários e o controle de sua aplicação por médicos; mudança nos costumes; intervenção nos hospitais, presídios e lugares públicos; controle da venda de medicamentos; estudo das epidemias, endemias e doenças infectocontagiosas; uniformização do saber médico, por uma medicina baseada na observação; radical oposição a outras formas de cura que escapavam ao controle dos médicos, agrupadas sob o rótulo de ‘charlatanismo’.

Em 1826, Pedro I sanciona a lei de 9 de setembro, que transfere para as academias médico-cirúrgicas a responsabilidade pela aprovação do exercício da medicina e da cirurgia. Em 1832, Pedro II sanciona a lei de 3 de outubro, que unifica a medicina, transforma as escolas em faculdades de medicina, e concede autorização para emitir os títulos de doutor em medicina, farmacêutico e parteira, fiscalizar o exercício profissional, emitir regulamentos e normas disciplinares a médicos, cirurgiões, boticários e parteiras, além de determinar a proibição do ofício de sangrador.

Em 1856, por meio do Decreto 1.764, a faculdade de medicina é autorizada a realizar exames de capacidade para os candidatos à profissão de dentista, exigindo apenas um atestado de moralidade para se submeter ao curso. Em 1884, pelo Decreto 9.311, de 25 de outubro, as faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia instituem o curso de odontologia, passando a exigir dos candidatos exames de matérias preparatórias, e substitui o título de dentista pelo de cirurgião-dentista. Em 1886, é criada a Polícia Sanitária para evitar e conter os surtos

epidêmicos que fustigavam o Rio de Janeiro desde 1828, origem do ofício de Guardas Sanitários que, no início dos novecentos, ficaram conhecidos como mata-mosquitos. Finalmente, em 1890, sob a influência da Academia Nacional de Medicina, o ‘charlatanismo’ é proibido e definido como crime no Código Penal da nascente República.

De maneira geral, pode-se entender a questão da (des)qualificação dos trabalhadores técnicos de saúde como a história da progressiva incorporação de ofícios (saberes), outrora independentes, pela medicina, que passa a delegar determinadas atividades a outros trabalhadores, configurando assim a divisão social e técnica do trabalho em saúde, enquanto mantém o controle sobre esse mesmo trabalho. Porém, tendo em vista que esse processo está vinculado à ascensão de novas formas de olhar e intervir dos ‘modelos tecnológicos de saúde’ – medicina social/saúde pública e medicina hospitalar – resultantes da interação entre os resultados do processo de conhecimento e as determinações de diversas ordens advindas da prática social, também pode ser visto como um processo que, ao longo do tempo, vai eliminando, criando e recriando ocupações segundo as necessidades de saúde socialmente determinadas.

Durante a Primeira República ou República Velha (1890-1930), ganha corpo a discussão em torno dos ‘práticos em saúde’ – práticos de farmácia, práticos de enfermagem ou enfermeiros práticos; dentistas práticos, entre outros. Não se trata apenas de uma discussão travada no interior da corporação médica, ou entre essa e outras corporações, mas diz respeito principalmente às disputas que ocorrem no interior das diversas corporações profissionais que então se organizam para estabelecer quem é (ou não) qualificado para exercer determinadas atividades de saúde, particularmente enfermagem, odontologia e farmácia. Ou seja, uma polemica que se trava no campo do controle do saber (regulamentação educacional) e da prática profissional (regulamentação profissional), que define, nesse âmbito, a luta mais ampla entre trabalho intelectual e trabalho manual no interior dessas áreas.

Nesse período, do ponto de vista da formação profissional em saúde, a grande novidade foi a regulamentação da formação profissional em enfermagem, em 1923, logo após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com a Escola de Enfermeiras, mais tarde denominada Escola de Enfermagem Anna Nery. Sob o argumento da necessidade de técnicos qualificados de nível médio para a área sanitária, o Estado brasileiro assume, pela primeira vez, a formação de trabalhadores técnicos em saúde em bases completamente novas em relação às escolas de enfermagem existentes até então, vinculadas direta e imediatamente às necessidades do trabalho hospitalar e às necessidades de guerra, e dirigidas por médicos.

No entanto, assim como aconteceu nas áreas de odontologia e farmácia, aqueles que não se diplomassem em escola oficial ou equiparadas à Escola de Enfermagem Anna Nery, passavam a ser denominados práticos de enfermagem ou enfermeiros práticos, segundo as regulamentações profissionais aprovadas na primeira metade do século passado. Esses trabalhadores técnicos em saúde, o maior contingente de exercentes em enfermagem, serão extintos somente na década de 1980, com a aprovação da nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986).

Apesar dessas iniciativas, é a partir da segunda metade do século XX que a regulamentação educacional das profissões técnicas em saúde, especialmente, mas também a profissional, se expandem no cenário nacional. Isso em razão das mudanças nas relações sociais capitalistas que acompanharam o processo de “modernização conservadora” no país. Ao contrário do período anterior (1933-1955), no qual predominou uma industrialização restringida, o Brasil vai experimentar, entre 1956 e 1961, um novo padrão de acumulação e expansão do capital que delineia um processo de industrialização pesada.

Essas mudanças qualitativas também reconfiguram o setor de saúde. Começa a se organizar o complexo médico-industrial e o complexo médico-empresarial, que corresponderá a uma avançada organização capitalista no setor, definindo o que Braga e Paula (1981) chamam de “capitalização da medicina”. Isto é, o processo pelo qual o Estado, com os recursos previdenciários, assegura a ampla predominância da empresa privada na prestação dos serviços de saúde, o que leva à constituição de empresas capitalistas no setor e, conseqüentemente, à maior tecnificação do ato médico, ao assalariamento em larga escala dos trabalhadores da saúde e a uma maior divisão técnica do trabalho. Portanto, é um período de formação e consolidação da “burguesia de serviços de saúde”, mas também do *boom* da regulamentação educacional dos técnicos de saúde, a partir dos anos 1970 (LIMA, 2016).

De acordo com Girardi (1994) e Girardi, Fernandes Júnior e Carvalho (2000), na década de 1970, por iniciativa da burocracia sanitária e educacional, das profissões dominantes correlatas ou dos próprios grupos de nível médio, o que se verifica é uma intensa regulamentação no âmbito educacional em diversas áreas: administração hospitalar, análises clínicas, enfermagem, farmácia, nutrição e dietética, radiologia, ótica, reabilitação, saneamento e saúde bucal.

No levantamento efetuado sobre a legislação relativa aos trabalhadores de grau médio, os autores constataram que, das 43 profissões de saúde, 33 (77%) obtiveram a regulamentação na década de 1970 e 10 (23%), no fim da década de 1980 ou início dos anos 1990. Dessa forma,

pode-se dizer que a necessidade de formação escolar e profissional do conjunto de trabalhadores técnicos de saúde, a partir da segunda metade do século XX, se torna irreversível. Já não basta o tempo de formação prática, tal qual nos períodos anteriores, mas se exige e valoriza o tempo de formação escolar (Lima, Ramos e Lobo Neto, 2013).

Abaixo, segue um resumo da trajetória dos sujeitos da pesquisa, tomando como referência o material apresentado na Primeira Oficina do projeto Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências, realizada em novembro de 2015

1.1.Auxiliar e técnico de enfermagem

- 1923: criação da Escola de Enfermeiras do antigo DNSP, denominada Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1926.
- 1931: Decreto 20.109, de 15 de junho de 1931, regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas existentes ao modelo de formação da Escola Anna Nery; determina que só podiam usar o título de enfermeiro(a) diplomado(a) os profissionais formados por escolas oficiais ou equiparadas à Escola Anna Nery em termos de organização: direção confiada a uma enfermeira diplomada; condições de admissão das alunas; duração do curso; organização do programa do curso etc.
- Função do Decreto 20.109/1931: instalar no centro dos valores sociais a ideia de que o sujeito qualificado é aquele que detém a posse de conhecimentos científicos adquiridos na escola, mas não de qualquer sujeito, e sim aquele diplomado por escolas oficiais ou equiparadas à Escola Anna Nery. A partir da aprovação do decreto, qualquer um que usasse o título era considerado exercente ilegal da profissão.
- 1932: Decreto 21.141, de 10 de março de 1932, “aprova o regulamento para a organização do quadro de enfermeiros do Exército”.
- 1932: Decreto 22.257, de 26 de dezembro de 1932, “confere às irmãs de caridade, com prática de enfermeiras ou de farmácia, direitos iguais às enfermeiras de saúde ou práticos de farmácia”.
- 1934: Decreto 23.774, de 22 de janeiro de 1934, “torna extensivas aos enfermeiros práticos as regalias concedidas a farmacêuticos e dentistas práticos quanto ao exercício de suas respectivas funções”.

- 1937: A Escola Anna Nery é incorporada à Universidade do Brasil, como instituição complementar.
- 1945: A Escola Anna Nery é incluída entre os estabelecimentos de ensino superior da Universidade.
- 1949: Lei 775, de 6 de agosto de 1949, dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e oficializa a criação de cursos para a formação de auxiliares de enfermagem no Brasil.
- 1955: Lei 2.604, de 17 de setembro de 1955, regulamenta o exercício profissional da enfermagem no país, estabelecendo seis categorias profissionais na área: enfermeiro, obstetriz, auxiliar de enfermagem, enfermeiro prático ou prático de enfermagem, parteira e parteira prática.
- 1961: Lei 4.024, de 20 de dezembro de 1961 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), torna o curso da Escola Anna Nery um curso de nível superior e permite a formação de técnicos de enfermagem no ensino secundário, atual nível médio, e de técnicos de saúde, de maneira geral.
- 1966: são aprovados os dois primeiros cursos de Técnicos de Enfermagem no Brasil: Escola Anna Nery/UFRJ e Escola Luiza de Marillac/PUC-RJ.
- 1971: Lei 5.692, de 11 de agosto de 1971, regulamenta a formação profissional de auxiliares e técnicos de enfermagem.
- 1986: Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamenta o exercício profissional da enfermagem, estabelecendo quatro categorias profissionais na área: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira.
- 2003: Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) 276, de 16 de junho de 2003, regula a concessão de inscrição provisória ao auxiliar de enfermagem.

Atribuições dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, segundo o Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7.498, de 1986

- **Art. 10 – O Técnico de Enfermagem** exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – Assistir ao Enfermeiro

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, em programas de vigilância epidemiológica;

d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;

e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f) na execução dos programas referidos nas letras *i* e *o* do item II do Art. 8º (que se referem a “participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco” e “participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho”, respectivamente);

II – executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto:

III – integrar a equipe de saúde.

• **Art. 11 – O Auxiliar de Enfermagem** executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II – observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III – executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV – prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;

V – integrar a equipe de saúde;

VI – participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII – executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes:

VIII – participar dos procedimentos pós-morte.

Perfil das ações dos auxiliares de enfermagem homologado pelo Conselho Consultivo Nacional (CNN) no âmbito do SCC/PROFAE (2002)

- **Bloco I – Ações do AE na promoção da saúde e na prevenção de agravos**

- 1) Relaciona problemas de saúde com condições de vida da população.
- 2) Reconhece as formas como os indivíduos enfrentam seus problemas de saúde.
- 3) Aplica princípios de preservação do meio ambiente ao executar seu trabalho.
- 4) Notifica casos suspeitos de doenças transmissíveis ao serviço de epidemiologia.
- 5) Aplica medidas para o controle de doenças crônicas e transmissíveis.
- 6) Notifica os fenômenos de interesse epidemiológico, envolvendo pessoas ou animais, os focos de doenças transmissíveis e as doenças de notificação compulsória.
- 7) Realiza a busca ativa de casos dos programas de tuberculose e hanseníase.
- 8) Aplica medidas de prevenção e controle de infecção no desempenho de sua atividade.
- 9) Aplica técnicas específicas de limpeza, descontaminação, desinfecção e esterilização de artigos e superfícies.

- 10) Acondiciona e conserva vacinas.
- 11) Manuseia, com segurança, instrumentos pérfuro-cortantes, substâncias químicas, equipamentos de radiação e material biológico.
- 12) Identifica, na comunidade, as parteiras tradicionais e adota procedimentos conforme a programação dos serviços.
- 13) Realiza ações educativas para o usuário e grupos populacionais.
- 14) Estimula a comunidade a se organizar para solucionar seus problemas de saúde.
- 15) Realiza ações de enfermagem relativas aos cuidados específicos a grupos especiais, segundo a programação local.
- 16) Participa da divulgação e execução do programa de vacinação.
- 17) Verifica e registra sinais vitais e dados de peso e altura do usuário, identificando alterações da normalidade.
- 18) Identifica riscos na gravidez e encaminha a gestante para o serviço de saúde.
- 19) Realiza e registra ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mamas.

• **Bloco II – Ações do AE na recuperação e na reabilitação da saúde**

- 1) Interpreta as informações contidas no prontuário, utilizando-as em sua atuação.
- 2) Estimula a cooperação do usuário durante a realização dos procedimentos, assegurando seu conforto.
- 3) Registra em prontuário todos os procedimentos realizados na prestação de cuidados ao usuário.
- 4) Registra em prontuário todas as informações fornecidas pelo usuário ou familiares.
- 5) Registra em prontuário todos os sinais e intercorrências ocorridas com o usuário.
- 6) Orienta o usuário internado e familiares quanto à rotina do serviço.
- 7) Interrompe procedimentos quando o usuário manifesta reações adversas, registrando e comunicando a ocorrência ao profissional responsável.
- 8) Realiza testes de sensibilidade para diagnóstico de hanseníase.
- 9) Aplica e faz leitura do teste de PPD.
- 10) Prepara a unidade para acomodar o usuário conforme sua necessidade específica.
- 11) Presta cuidados de enfermagem na admissão, transferência e alta hospitalar do usuário.
- 12) Auxilia o usuário na deambulação e no posicionamento no leito.

- 13) Presta cuidados relativos à segurança, higiene, conforto, alimentação, transporte e hidratação do usuário.
- 14) Aplica técnicas de administração de medicamentos por via oral e/ou parenteral.
- 15) Distribui medicamentos para tratamentos padronizados e autorizados pelo Ministério da Saúde.
- 16) Aplica técnicas específicas na instalação de venóclise.
- 17) Identifica possíveis complicações em usuário submetido à transfusão de sangue e hemoderivados.
- 18) Presta cuidados específicos ao usuário em oxigenoterapia.
- 19) Aplica técnicas específicas para a fluidificação de secreções pulmonares e manutenção das vias aéreas livres.
- 20) Aplica técnicas de cateterismo vesical.
- 21) Aplica técnicas de sondagem nasogástrica.
- 22) Controla e registra líquidos administrados ao usuário e eliminados por ele (balanço hídrico).
- 23) Coleta, acondiciona, conserva e encaminha material para exames.
- 24) Realiza e faz leitura de testes de dosagem de glicose e corpos cetônicos.
- 25) Realiza curativos.
- 26) Desenvolve ações de circulante de sala cirúrgica.
- 27) Realiza instrumentação cirúrgica.
- 28) Monitora a normalização de reflexos, sinais vitais e recuperação da consciência de usuário no pós-operatório imediato e mediato.
- 29) Presta cuidados específicos a usuário com ostomias, drenos, sondas e cateteres.
- 30) Prepara o material e auxilia a instalação do equipo de pressão venosa central (PVC).
- 31) Participa da assistência a usuário em procedimentos de hemodiálise e diálise peritoneal.
- 32) Presta primeiros socorros a vítimas de acidentes ou mal súbito.
- 33) Presta cuidados imediatos ao usuário em situações de emergência.
- 34) Participa de manobras de reanimação cárdio-respiratória.
- 35) Aplica soros específicos (antiofídico, antitetânico, antirrábico etc.).
- 36) Realiza ações de controle e prevenção de riscos em usuário com distúrbios de comportamento.
- 37) Presta cuidados específicos a usuário com limitação e incapacidade motora.

38) Realiza exercícios ativos/passivos para prevenção de seqüelas posturais, conforme prescrição médica.

39) Controla e registra a freqüência e a intensidade das contrações uterinas de parturientes, bem como controla os batimentos fetais.

40) Identifica alteração da normalidade na parturiente antes, durante e após o parto.

41) Presta cuidados específicos às parturientes antes, durante e após o parto.

42) Presta cuidados imediatos e mediatos ao recém-nascido.

43) Aplica técnicas específicas no preparo do corpo após o óbito.

• **Bloco III – Ações do AE no planejamento e na gestão**

1) Participa do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações dos serviços de saúde.

2) Identifica situações ambientais que afetam a saúde dos indivíduos e da comunidade.

3) Participa do levantamento e da explicação das condições e dos problemas de saúde da população, em sua área de atuação.

4) Participa de execução e avaliação das atividades programadas e realizadas.

5) Avalia a qualidade de seu trabalho.

6) Identifica lideranças na comunidade para desenvolver ações em parceria.

7) Participa da programação do cuidado de enfermagem, de forma a atender necessidades integrais do indivíduo, família e comunidade.

8) Organiza seu trabalho para atender demandas e necessidades da comunidade de sua área de atuação, de acordo com as prioridades definidas.

9) Articula-se com outros profissionais e serviços de saúde para garantir a qualidade da assistência ao usuário.

10) Faz previsão e provisão de recursos materiais necessários ao atendimento do usuário.

11) Certifica-se do prazo de validade e condições de armazenamento de materiais, medicamentos e vacinas.

12) Verifica a qualidade dos materiais utilizados na rotina do serviço.

13) Identifica e realiza a busca de usuários faltosos dos diferentes programas em execução pela unidade de saúde.

14) Organiza visitas domiciliares, segundo o planejamento da equipe de saúde.

15) Mantém ambiente, equipamentos e instrumentos de trabalho em condições de uso, sem risco para usuário e trabalhadores de saúde.

16) Usa microcomputador para produção, leitura e interpretação de dados.

Atribuições dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem na Atenção Básica (2012)

I - Participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.).

II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.

III - Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe.

IV - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

1.1. Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal

Antecedentes históricos

- Nos EUA, o pensamento higienista, no final do século XIX, se preocupou com a prevenção da cárie e da doença periodontal. Essa preocupação foi sucedida pela disputa no processo de profissionalização do auxiliar de saúde bucal, no início do século XX: *Enfermeiras Dentárias e Higienistas de Dentais* (profissão criada em 1907 e regulamentada em 1915).

- Na década de 1920, na Nova Zelândia, enfermeiras dentárias, hoje denominadas terapeutas dental, atuaram na atenção escolar realizando diagnóstico e tratamento restaurador simples, além de prevenção e educação em saúde.

- Nos EUA, estudos realizados na década de 1940 detectaram escassez de profissionais da área de saúde bucal e sugeriram a incorporação de uma auxiliar administradora ao lado do cirurgião-dentista (CD), de forma a alcançar maiores índices de produtividade. Nessa mesma década, foram realizados estudos que apontaram que o uso de duas auxiliares (uma fixa e outra móvel) aumentava a eficiência dos serviços, ampliando a cobertura a custos menores, bem como prevenindo estresse e fadiga do profissional CD.

- Do fim de 1940 a meados de 1960, houve tentativa de aproximar o modelo dos EUA do da nova Zelândia, com a proposta de formação de dois anos para higienistas dentais, que atuariam na intervenção clínica – porém, houve resistência dos CDS por meio da ADA.

Profissionalização no Brasil

- No Brasil, a introdução do auxiliar de higiene dentária (AHD) se deu no início dos anos 1950, por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Os AHD atuavam nas UBS na função híbrida de instrumentadora e higienista - modelo da Odontologia a quatro mãos.

- Formação em serviços. Tentativa de formação da Higienista dental pelo Sesp com resistência dos profissionais CDS.

- Parecer 460/75, do Conselho Federal de Educação, autoriza e estabelece as exigências para a formação de dois tipos de auxiliares odontológicos no Brasil: ACD e THD.

- Na década de 1980, se viabiliza a formação de ACD por meio do Projeto Larga Escala.

- Em 1989, há a elaboração de projeto de Lei para regulamentação da profissão – passou por intenso debate, sofrendo modificações substantivas apresentadas por parlamentares.

- Em 1993, é formulada a Lei de Regulamentação da profissão que, no entanto, não foi sancionada pelo presidente Itamar Franco.

- Em 2005, o exercício das ocupações do THD (nível médio) e ACD (nível fundamental) é disciplinado.

- Em 2008, a Lei 11.889/2008 regulamenta o exercício das profissões de Técnico de Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal.

- Em 2011, Projeto de lei para piso salarial (PL 1.187/2011) tramita na Câmara dos Deputados.

A inserção do ASB e TSB na política de Saúde

- A Portaria 267/2001 instituiu as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, estruturando o cuidado odontológico como produto de atuação de uma equipe que pode ser formada pelo CD e ASB ou pelo CD, ASB e TSB.
- Aprovação do Perfil de competências profissionais ACD/THD (BRASIL 2004).
- Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) – Brasil sorridente.
- Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) – reformula as atribuições dos ASB e TSB, a partir da Lei 11.889/2008.

Atribuições do ASB na ESF

I- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde.

II - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.

III - Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho.

IV - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas.

V - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

VIII - Processar filme radiográfico.

IX - Selecionar moldeiras.

X - Preparar modelos em gesso.

X - Manipular materiais de uso odontológico.

XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Atribuições do TSB na ESF

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, indivíduos e grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais.

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos.

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

VI - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde.

VII - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.

VIII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

IX - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.

X - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

XI - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista.

XII - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas.

XIII - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta; vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista.

XIV - Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares.

XV - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

Desafios

Da Qualificação

- Processo formativo baseado em competências.
- Não há diretrizes curriculares traçadas.
- Relação entre matrículas no sistema público (43,6%) e privado (56,4%).

Do Mercado de Trabalho

- Preferência pela incorporação de ASB pelo custo, tanto no serviço público quanto no privado.
- Baixo número de eqSBmod II implementadas.
- Interesses corporativos por parte do cirurgião-dentista, de forma a preservar o monopólio do mercado de trabalho e do conhecimento e da prática em saúde bucal.

Do Trabalho em equipe na ESF

- Desconhecimento do CD quanto às atribuições do TSB, gerando desconfiança, não delegação e não valorização do trabalho desse profissional.
- Tensionamento com o ASB quanto à relação entre o desenvolvimento das atividades e os salários.
- Pouca articulação com a equipe de saúde da família.
- Divisão técnica e social do trabalho.

Do Processo de trabalho na ESF

- Atuação residual dos TSB na clínica e nas atividades de planejamento e avaliação das ações.
- Maior atuação nas atividades preventivas e administrativas.
- “Autonomia relativa” - Supervisão do CD no desenvolvimento de grande parte das atividades.

1.2. Agente de Combate a endemias

Nomenclatura do cargo

- Várias designações para esse tipo de profissional ao longo do tempo, expressas inclusive pelos sistemas de informação: agente de saúde pública, visitador sanitário, agente de controle de endemias e agente de combate a endemias. O que contribui (ou também é reflexo) para a fragilização da identidade dessa categoria profissional.

- Classificação Brasileira de Ocupações: Guarda de Endemias, Visitador Sanitário; Portaria 165/SAS/MS, de 25 de fevereiro de 2015, cria o código provisório da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de Agentes de Combate às Endemias (ACE).

Antecedentes históricos

- 1808 - Provedoria-Mor: organização das ações de vigilância em saúde, prevenção e controle de endemias. Profissionais responsáveis pela inspeção sanitária dos portos.

- 1886 - Criação da Polícia Sanitária para evitar surtos epidêmicos – guardas sanitários.

- Início do séc. XX - Momento auge da Polícia Sanitária (Oswaldo Cruz): ações voltadas para a erradicação da febre amarela, da peste bubônica e da varíola. Alvo de duras críticas. Guardas sanitários conhecidos como mata-mosquitos.

- 1970 - Criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Fim da Polícia Sanitária. Guardas Sanitários tornam-se ‘Agentes de Saúde Pública’ (ASP).

- 1990 - Extinção da Sucam (criação do SUS), pois passa a compor a Fundação Nacional de Saúde. Descentralização de suas ações e serviços.

- Ao longo da década de 1990 - Dispensa de grande número de ASP oriundos da Sucam. Mobilização da categoria ao longo desse período e reintegração ao cargo em 2003, com o governo federal reconhecendo como data de admissão o ano de 1994.

Criação/Regulamentação/Integração

- 2006 - Lei Federal 11.350: cria e regulamenta, oficialmente, a ocupação de ACE, juntamente com a de ACS, cargos com histórias muito diferentes.

- O trabalho do ACE deve ocorrer exclusivamente no âmbito do SUS e por meio de seleção pública, sendo proibida a contratação temporária ou terceirizada, exceto nos casos de surtos endêmicos (existência de diversos tipos de vínculo, contratos, precarização). Instituiu a obrigatoriedade de curso introdutório para o exercício das atividades do ACE aprovado em seleções públicas.

- 2010 - Portaria 1.007: define critérios para regulamentar a incorporação do ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades com outras denominações, na atenção primária à saúde, para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família, com base no princípio da Integralidade em Saúde.

- A incorporação do ACE nas equipes de SF pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos Agentes Comunitários de Saúde (famílias – ruas) e do Agente de Combate a Endemias (casas – quarteirões), com definição de papéis e responsabilidades, e a supervisão do ACE por profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família.

- 2012 - Portaria 940: autoriza o repasse do incentivo para implantação dos ACE na Atenção Primária à Saúde.

- 2014 - Lei 12.994: Altera a Lei 11.350, para instituir o piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira do ACS e do ACE. Define o piso salarial: R\$ 1.014,00 mensais.

- 2015 - Portaria Ministerial 1.243: define a Assistência Financeira Complementar do Ministério da Saúde para o pagamento do Piso Salarial do ACE.

- 2015 - Portaria 1.025: define o quantitativo máximo de ACE passível de contratação com o auxílio da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União. O foco das atividades é o controle de vetores e de endemias mais prevalentes, considerados os perfis epidemiológico e demográfico da localidade.

Formação

- Descentralização das ações de vigilância em saúde. Em 1999, a Funasa capacitou e cedeu aos estados e municípios seus cerca de 26 mil agentes.

- Atuação específica em uma doença: guardas da dengue, guardas da malária.

- Capacitações de curta duração e centradas no conteúdo técnico para controle de uma doença específica.

- Atualmente há a obrigatoriedade do curso introdutório.

- Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar): convênio entre a EPSJV-Funasa e, depois, a SGTES (2003-2006), cerca de 32 mil trabalhadores – proposta de formação mais ampla e próxima ao cotidiano das populações. Item confuso

- 2011 - Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico de Vigilância em Saúde (SGTES/MS). Induziu estados e municípios a pensarem na criação deste cargo em seu quadro de funcionários, plano de carreira e salário.

- Nível exigido para o cargo (Lei 11.350): Ensino Fundamental. No entanto, a escolaridade é diversificada.

Atribuições e Formas de Organização

- Exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado (Lei 11.350).

- A Portaria 1.025/2015 define:

- 1) ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;

- 2) ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde;

- 3) identificação de casos suspeitos dos agravos e doenças agravos à saúde e encaminhar, quando indicado, para a unidade de saúde de referência, comunicando o fato à autoridade sanitária responsável;

- 4) divulgação de informações para a comunidade sobre sinais e sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

- 5) execução de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças;

- 6) realização de cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;

- 7) execução de ações de prevenção e controle de doenças utilizando as medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

- 8) execução de ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;

- 9) registrar as informações referentes às atividades executadas de acordo com as normas do SUS;

- 10) realizar identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada, principalmente, a fatores ambientais;

- 11) mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

- Existem diversas formas de organização, a depender das decisões e situações de saúde municipais – Caso de BH: equipes fixas e equipes volantes;

- Desvios de função: diversos casos trazidos na discussão durante o seminário ilustram essa situação.

Problemas e Desafios

- Precarização do vínculo e das condições de trabalho;
- Fragilização da identidade profissional;
- Integração com Atenção Básica;
- Diversidade de atribuições e especificidades locais.

1.3. Agente Comunitário de Saúde

Antecedentes históricos

- Nos planos internacional e nacional: ligados a experiências que buscam a ampliação de cobertura, o atendimento a segmentos específicos da população, com resultados sanitários expressivos. Exemplos: redução da mortalidade infantil, níveis de desnutrição infantil, entre outros.

- Exemplo internacional mais conhecido: Médicos de pés descalços na China, no início dos anos 1970, se configurando como Programa Nacional. Outras experiências em diversos contextos: países africanos, México e Cuba.

- O final da década de 1970 é um contexto complexo - crise mundial do sistema capitalista; contrarreforma neoliberal do Estado; escassez e disputa por recursos públicos; crise de financiamento da assistência à saúde; crise do modelo hospitalocêntrico e do trabalho centrado no profissional médico. Começa a se pensar em outras formas de organização da atenção à saúde.

- Em 1978, ocorre a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata. A partir dessa conferência, há uma disputa entre a perspectiva do direito universal e da atenção primária integrada a um sistema de saúde e uma perspectiva racionalizante e focalizante: propostas que simplificam a atenção e reduzem o aporte de recursos, com valorização da participação de pessoal não profissional e com treinamento básico.

- Os organismos internacionais convergem para essa última perspectiva, influenciando os países: Banco Mundial – documentos dirigidos à análise e proposição de políticas de saúde nos países de capitalismo periférico.

Antecedentes históricos no Brasil

No campo de atuação da sociedade civil

- Trabalhadores atuantes em movimentos populares de base comunitária.
- Trabalhadores formados pelas pastorais da Igreja Católica, trabalhadores ligados ao movimento das comunidades eclesiais de base.
 - Movimento pelas Liberdades Democráticas; Movimento da Reforma Sanitária; VIII Conferência Nacional de Saúde.

No plano das políticas públicas

- Sesp (1942) / Fundação Sesp (1960 - 1990) - Visitadoras sanitárias
- Projeto Montes Claros (1976) - modelo comunitário de Agentes de Saúde
- PIASS Nordeste (1976-79)- Auxiliares recrutados na comunidade
- PIASS Nacional (1980-85) - Projeto Devale -Agentes recrutados na comunidade operando postos de saúde
 - Programa de Agentes de Saúde do Ceará (1987) - Agentes de Saúde

Estratégia Saúde da Família (PACS/PSF)

- PACS (PNACS) - 1991/1992
- PSF - 1994
- PACS e PSF passam a integrar a Estratégia Saúde da Família, a partir da NOB 1996, como estratégia de reorganização da atenção básica.

Principais características

- 1) Território definido.
- 2) Clientela adscrita - máximo 4 mil pessoas/equipe, sendo a média recomendada de 3 mil pessoas/equipe, e um máximo de 750 pessoas por ACS.
- 3) Equipe básica - médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
- 4) Essa composição pode ser acrescida dos profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.
- 5) Até o final de 2011, todos os profissionais deveriam ter carga horária semanal de 40h e vinculação exclusiva em uma equipe. A exceção passa a ser o médico.

6) O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Como, numa conjuntura de redução da face pública do Estado, desenvolve-se uma Política de Ampliação de Cobertura? Quais os mecanismos que equacionam essa contradição?

- A simplificação do pacote de atenção oferecido.
- A precarização do vínculo de trabalho da equipe, especialmente, do ACS.
- O esvaziamento da formação do ACS.

Características históricas dos ACS na ESF: pré-requisitos e formação

1) Pré-requisitos para a função (1991 até 2002)

- residir no território de sua atuação;
- espírito de liderança e solidariedade;
- saber ler e escrever;
- disponibilidade de tempo em horário integral;
- idade mínima de 18 anos.

2) Características predominantes da formação (1991-2002)

- nível inicial da educação profissional (não regulamentada - sem pré-requisitos, não confere habilitação);
- capacitação em serviço;
- conteúdo varia em função dos problemas locais;
- instrutor supervisor é o enfermeiro;
- a avaliação é pautada nas atividades realizadas no serviço;
- o material educativo se estrutura em torno das atividades;
- a Lei 10.507, de julho de 2002, cria a profissão de ACS e estabelece o ensino fundamental como requisito mínimo de escolaridade.

Características históricas dos ACS na ESF: atribuições, salário médio e vínculos

1) Atribuições (BRASIL, 1999)

- Utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação.
- Executar atividades de educação para a saúde.

- Registrar nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos.
 - Estimular a participação da comunidade.
 - Realizar monitoramento de situações de risco à família
 - Fortalecer os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas.
- 2) Referência salarial média**
- 1 (um) salário mínimo
- 3) Vinculação**
- Do total de equipes de saúde da família implantadas no ano de 2002, 68,5% apresentavam o vínculo dos ACS sem a garantia dos direitos associados ao trabalho (BRASIL, 2004).
 - Ampliação restrita do direito da população brasileira à saúde, com subtração de direitos dos trabalhadores da saúde.

Principais questões em disputa

- 1) Quanto à vinculação dos ACS**
- Desprecarização?
 - Servidor público x vínculos via CLT (direta ou indiretamente com o Estado, através de celebração de contratos com Organizações Sociais de Saúde, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e cooperativas).
- 2) Em relação à formação dos ACS**
- Se os ACS deveriam ou não ser formados profissionalmente.
 - Em caso positivo, como deveria ser essa formação.
 - Essas disputas expressam diferentes formas de pensar o ACS e o seu trabalho na ESF.

Referencial Curricular para a Formação Técnica do ACS - MEC/MS - julho de 2004

1) Itinerário formativo composto por três etapas formativas:

Etapa 1: Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS. (Sem pré-requisito de escolaridade). CH sugerida: 400h.

Etapa 2: Promoção da Saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes. (Requisito de escolaridade: ter concluído ou estar cursando o ensino fundamental). CH sugerida: 600h.

Etapa 3: Promoção, prevenção e monitoramento de situações de risco ambiental e sanitário. (Requisito de escolaridade: ter concluído ou estar cursando o ensino médio). CH sugerida: 200h.

2) Principais características

- Proposta de formação técnica na qual a carga horária mínima é de 1.200 horas, distribuídas em etapas formativas com requisitos diferenciados e progressivos (escolaridade) e sem saídas intermediárias (evitar ampliar a divisão técnica do trabalho); formulada segundo o modelo das competências.
 - Contempla várias frentes de atuação do ACS.
 - Representa um projeto profissionalizante, associado à elevação da escolaridade do ACS e de construção de possibilidades de remuneração e de regularização de vínculo.
 - Até hoje esse referencial curricular é considerado um marco, pois estabelece um horizonte de formação profissional para o ACS.

A política de formação técnica: seus limites e possibilidades

- Até certo ponto, a proposta de formação técnica dos ACS foi uma vitória. A política não foi formalmente substituída, mas o MS tem financiado somente a realização da etapa 1 do Curso Técnico de ACS, o que atende às exigências legais existentes hoje (Lei 11.350). Posição que é reiterada pela Portaria 2.662 do Ministério da Saúde, de 11 de novembro de 2008, e pode sofrer retrocesso com a Portaria 243, de setembro de 2015.
 - Os principais opositores dessa política são, em primeiro lugar, os gestores municipais, alegando receio de haver demanda por aumento salarial, preocupação com uma possível descaracterização do perfil social do ACS ao se formar técnico e rotatividade do ACS. Em segundo lugar, a Lei de Responsabilidade Fiscal. Até hoje, as etapas 2 e 3 não foram pactuadas na CIT.
 - Outro elemento para a não realização da formação técnica: o não cumprimento da carga horária da etapa formativa 1 (ensino em serviço, “dispersão” – acordos ETSUS-Gestores para a liberação dos ACS para a formação).
 - Conquistas: alguns estados e municípios estão realizando por conta própria a formação técnica completa dos ACS.
 - Possível retrocesso: a publicação da Portaria 243, de 25 de setembro de 2015, que dispõe sobre o Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias e seu conteúdo.

Legislação atual

- Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006 – Rege atualmente as atividades dos ACS e ACE.
- Em relação ao vínculo - o art. 2º define “(...) exercício mediante **vínculo direto** entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional”.
- Quanto aos requisitos (moradia, formação e escolaridade) – o art. 6º define que: “O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e

III - haver concluído o ensino fundamental”.

Atribuições do ACS na Pnab 2012

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade – por exemplo, combate a dengue, malária, leishmaniose, entre outras –, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;

VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com

problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

➤ É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Resumo Histórico

- 1987 - Programa de Agentes de Saúde do Ceará.
- 1991 - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs).
- 1992 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- 1994 - Programa Saúde da Família.
- 1997 - Portaria 1.886 – aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF e define atribuições do ACS.
- 1999 - Decreto 3.189 – fixa as diretrizes para o exercício da atividade de ACS.
- 2000 - Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde – um pacto tripartite – contratação via OSCIP (Lei 9.790, de 1999 - lei do terceiro setor) com direitos segundo a CLT
 - 2002 - Lei 10.507 – institui a profissão de ACS e incentiva o processo de formação profissional
 - 2003 - MPT instaura o procedimento investigatório nº 160/2003, visando apurar a forma de contratação do ACS por municípios e estados.
 - 2003 - Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 7/03.
 - 2004 - Publicação do Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.
 - 2004 - Parecer favorável do CNE à proposta de habilitação técnica de ACS.
 - 2006 - Emenda Constitucional nº 51/06 – criação do processo seletivo público para ACS e agentes de endemias.
 - 2006 - Medida Provisória 297 – revoga a Lei 10.507.
 - 2006 - Lei 11.350 – regulariza a EC nº 51/06, estabelece o vínculo direto com estados e municípios via CLT. Formação: inicial e continuada.
 - 2006 – Projeto de Lei 270/06 – Propõe o piso salarial de ACS e ACE.

- 2014 - Lei 12.994/2014 – Estabelece o Piso Salarial (R\$ 1.014,00) e as diretrizes para o Plano de Carreira de ACS e ACE.
- 2015 - Portaria 243 – Institui Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e define seu conteúdo.

2. ATIVIDADES REALIZADAS

O desenvolvimento da pesquisa implicou nas seguintes etapas: a) reorganização do escopo, mantendo a abrangência nacional, porém, substituindo a perspectiva regional inicialmente enunciada no objetivo geral para a seleção de equipes, conforme critérios posteriormente definidos; b) definição dos critérios de seleção dos municípios/equipes a serem investigados; c) seleção dos municípios; d) seleção das equipes; e) organização da equipe de pesquisa composta por pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e das Escolas Técnicas do SUS; f) submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da EPSJV/Fiocruz e nos comitês locais que assim exigiram (Anexo I); g) negociação, pelos pesquisadores das ETSUS, com gestores municipais e equipes a serem investigadas, visando à obtenção da anuência e o cronograma do trabalho de campo; h) elaboração da metodologia de investigação empírica e dos instrumentos de pesquisa; i) realização do trabalho de campo, incluindo o acompanhamento das equipes por uma semana, conforme cronograma; j) consolidação do referencial teórico da pesquisa; k) elaboração das categorias de análise do material empírico; l) transcrição das entrevistas; m) caracterização sócio-geográfica dos municípios das equipes investigadas (Apêndice I); n) realização das análises do material empírico; o) formulação das sínteses por eixo de investigação, à luz das questões de estudo; p) elaboração do relatório final.

Três oficinas metodológicas foram realizadas, com os objetivos de: preparar teórica e metodologicamente os pesquisadores para a realização da investigação; discutir o material empírico coletado e traçar coletivamente o processo metodológico de análise; e consolidar a análise referente ao processo de trabalho dos técnicos investigados na perspectiva das práticas e saberes profissionais conforme Apêndices II, III e IV, respectivamente.

Algumas das etapas da pesquisa são descritas detalhadamente a seguir.

2.1. Seleção dos municípios

Para a seleção dos municípios que compuseram a pesquisa, foram utilizadas informações disponibilizadas (competência de janeiro/2015) nas bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ao fim da pesquisa, o CNES foi novamente consultado para a comparação entre as informações iniciais e as alterações ocorridas no decorrer da pesquisa conforme demonstrado no Apêndice V.

Foram selecionados municípios de médio e grande porte que apresentassem proporção de cobertura populacional pela ESF maior ou igual à proporção de cobertura nacional (60,17%); equipe de Saúde da Família (eSF), integrada por profissionais da saúde bucal (eSB) modalidade II (a fim de garantir a presença do técnico em saúde bucal); e agente de combate a endemias/visitador sanitário/agente de saúde pública (sua inclusão como sujeito de pesquisa e como critério de seleção dos municípios e equipes está relacionada ao interesse em compreender, no nível local, como está ocorrendo a integração do profissional à Atenção Básica, mais especificamente à ESF).

A partir de tais critérios, foram selecionados 17 municípios abaixo relacionados:

Tabela 1. Municípios selecionados a partir de todos os critérios da pesquisa, por região

Região	Município
Norte (1)	Curuçá (PA)
Nordeste (7)	Laje (BA), Tauá (CE), Maracanaú (CE), São Mateus do Maranhão (MA), Abreu e Lima (PE), Garanhuns (PE) e Piri-piri (PI)
Centro Oeste (3)	Niquelândia (GO), Aparecida do Taboado (MS) e Jaciara (MT)
Sudeste (4)	Belo Horizonte (MG), Monte Azul (MG), Patos de Minas (MG) e Penápolis (SP)
Sul (2)	Cambé (PR) e Maringá (PR)

Tendo em vista a representatividade das capitais, no que tange à sua expressão no contexto nacional e ao alto número de eSF e de profissionais técnicos inseridos na ESF nesses locais, a pretensão inicial do estudo era incluir todas as capitais do país, mesmo que não correspondessem aos critérios estabelecidos pela pesquisa (Belo Horizonte foi a única capital que se enquadrava em todos os requisitos). No entanto, a ideia teve que ser adequada ao limitado

cronograma da pesquisa, do número de integrantes da equipe e do orçamento do projeto. Nesse sentido, Rio de Janeiro, Recife, São Paulo e Goiânia aproximaram-se do perfil traçado, não se adequando apenas ao critério referente à cobertura populacional daESF, o que resultou em sua inclusão no estudo. Todavia, o trabalho de campo foi inviabilizado em São Paulo, em função de questões logísticas. **Logo, a pesquisa foi realizada em 20 municípios, dentre eles, quatro capitais.**

2.2. Seleção das equipes

Para o desenvolvimento do trabalho de campo, foi selecionada, em cada município, apenas uma equipe de Saúde da Família, com as seguintes características: a) ter equipe de saúde bucal modalidade II e II; b) ser integrada por agente de combate a endemias/visitador sanitário/agente de saúde pública/agente de vigilância em saúde. Tendo em vista as limitações dos sistemas de informação utilizados, foi necessária a conferência, por parte dos pesquisadores, dos dados das equipes selecionadas junto ao gestor (secretário municipal de saúde e/ou coordenador de Atenção Básica), no nível local. As equipes selecionadas foram:

1) Abreu e Lima – PE

Equipe “Centro I” (equipe está cadastrada como eSF, mas é claramente eSF com saúde bucal mod. II)
Identificador Nacional de Equipe (INE): 134163
Área: 001
Está lotada em: USF Centro I
CNES: 2713861
Endereço: Rua Manoel Caldas de Araújo, 48, Centro
CEP: 53510-170

2) Aparecida do Taboado –MS

Equipe “ESF – Central”
Identificador Nacional de Equipe (INE): 438138
Área: 0006
Está lotada em: ESF Central
CNES: 6592910
Endereço: Rua Duque de Caxias, 3.464, Centro
CEP 7957-000
Tel.: 067 3565-6595 / 7607

3) Belo Horizonte – MG

Equipe “PSF01 CS Santa Rita de Cássia”
Identificador Nacional de Equipe (INE): 229865
Área: 419

Está lotada em: Centro de Saúde Santa Rita de Cássia
CNES: 0024147
Endereço: Rua Cristina, 961, Bairro: São Pedro,
CEP:30330-130
Tel.: (31)3277-5146

4) Cambé – PR

Equipe “Cristal 20”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 377155
Área: 0020
Está lotada em: Unidade de Saúde Jd. Cristal Cambé
CNES: 2730847
Endereço: Rua Ônix, esquina com Cametista, S/N,
Bairro: Jd. Cristal
CEP: 86180-970
Tel.: (43)3174-0230

5) Curuçá – PA

Equipe “ESF Bairro Novo 2”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 023612
Área: 0003
Está lotada em: USF Bairro Novo
CNES: 5462916
Endereço: Rua do Bairro Novo, 1.045, Bairro Novo
CEP: 68750-000
Tel.: (91) 3722-1236

6) Garanhuns – PE

Equipe “PSF Miracica I”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 142131
Área: 0004
Está lotada em: USF Miracica I
CNES: 3001369
Endereço: Distrito de Miracica S/N, Área Rural
CEP: 55296-350

7) Goiânia – GO

Equipe “Distrito Sudoeste Equipe 13”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 459615
Área: 113
Está lotada em: PSF Madre Germana
CNES: 3373681
Endereço: Av. José Barbosa Reis, Qd. 53, Lt. 1, Bairro Madre Germana II

CEP 74354-801
Tel.: (62) 3578-7616

8) Jaciara – MT

Equipe “USF São Sebastião”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 448753
Área: 0004
Está lotada em: Unidade de Saúde da Família São Sebastião
CNES: 2397161
Endereço: Rua Guaranis, 1.151, Bairro São Sebastião
CEP 7882-000
Tel.: (66) 3461-3009

9) Laje – BA

Equipe “Entroncamento de Laje”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 200859
Área: 0003
Está lotada em: USF José Sposito Leão Barreto
CNES: 2770784
Endereço: Povoado Ponte do Jiquirica, S/N, Zona Rural,
CEP: 45490-000

10) Maracanaú – CE

Equipe CS JPA I - AVISA I (Não tem AVS, mas existe um vinculado à UBS)

Identificador Nacional de Equipe (INE): 096822
Área: 0004
Está lotada em: Centro de Saúde João Pereira de Andrade
CNES: 2372177
Endereço: Av. Capitão Valdemar de Lima S/N, Bairro: Boa Vista CEP: 61900-025
Tel.: (85)3392-8121

11) Maringá – PR

Equipe “Equipe 039”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 390682
Área: 0039
Está lotada em: NIS III Parque Residencial Quebec
CNES: 2586347
Endereço: Rua Professora Letícia de P. Molinari, S/N Bairro: Parque Residencial Q
CEP:87023-400
Tel.: (44) 3263-7560

12) Monte Azul – MG

Equipe “A Saúde é o objetivo de todos”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 256781

Área: 0002

Está lotada em: A Saúde é o Objetivo de Todos

CNES: 2104733

Endereço: Rua Treze de Maio, Bairro: São Geraldo

CEP: 39500-000

13) Niquelândia – GO

Equipe “Posto de Saúde Boa Vista”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 0000463590

Área: 0302

Está lotada em: Posto de Saúde Boa Vista

CNES: 8011087

Endereço: Rua Antônio Ribeiro de Freitas, Qd. 13 Lt. 9, Bairro Boa Vista

CEP 76420-000

Tel.: (62) 354-5039

14) Patos de Minas – MG

Equipe “UBS Alto Colina PSF 17”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 261963

Área: 0017

Está lotada em: UBS Alto Colina, UBS Dr. Carlos Martins Neto

CNES: 6306179

Endereço: Rua Zulmira Vieira Araújo, 595, Bairro: Alto Colina

CEP: 38703-650

Tel.: (34) 3822-9894

15) Penápolis – SP

Equipe “Macro IV”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 1479687

Área: 0002

Está lotada em: Macro IV Planalto Pevi

CNES: 7294964

Endereço: Av. Santa Casa, 2.009, Bairro: Vila São João

CEP: 16300-000

Tel.: (18) 3652-7312

16) Piripiri–PI

Equipe “PSF 10 – Furnas”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 073415

Área: 0010

Está lotada em: UBSF Furnas PSF 10

CNES: 2369613

Endereço: Loc. Furnas, S/N, Zona Rural

CEP: 64260-000

Tel.: (86)3276-7029

17) Recife – PE

Equipe “Pina – 4”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 155179

Área: 650

Está lotada em: US 297 PSF do Pina

CNES: 3153568

Endereço: Rua Barreiros, 120, Bairro: Pina

CEP: 51011-260

18) Rio de Janeiro – RJ

Equipe “Campo dos Bandeirantes”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 303895

Área: 5304

Está lotada em: SMS CMS Sávio Antunes Antares, AP 53

CNES: 2806320

Endereço: Av. Hermínia Aurélio Sampaio, 105

Bairro: Paciência

CEP: 23590-012

Tel.: (21) 3317-3185

19) São Mateus do Maranhão – MA

Equipe “Boa Esperança”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 061204

Área: 0006

Está lotada em: UBS Dr. Antônio Francisco da Costa Vage

CNES: 2458489

Endereço: Rua Volta Redonda, S/N, Bairro: São José

CEP: 65470-000

Tel.: (99)3639-1897

20) Tauá – CE

Equipe “ESF Alto Brilhante I”

Identificador Nacional de Equipe (INE): 105031

Área: 0004
Está lotada em: UBS Alto Brilhante
CNES: 8014949
Endereço: Rua Dr. Bernardo de Castro, S/N, Bairro: Alto do Brilhante
CEP: 63660-000
Tel.: (88) 437-3850

2.3. Efetivação da parceria com as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)

O trabalho de campo e a análise dos resultados foram realizados em parceria com professores-pesquisadores das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) ou de Escolas de Saúde Pública (ESP), localizadas nos estados aos quais pertencem os municípios selecionados indicados pelos diretores e contatados para participar da pesquisa.

Foram estabelecidas parcerias com as ETSUS ou Escolas de Saúde Pública dos seguintes estados ou municípios: Assis (São Paulo), Ceará, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Montes Claros (Minas Gerais), Pará, Pernambuco, Piauí e Paraná.

Além das ETSUS, foi firmada parceria com a unidade da Fundação Oswaldo Cruz no Ceará, que participa do projeto com uma pesquisadora.

2.4. Elaboração e teste dos instrumentos de pesquisa

O roteiro de observação participante, o roteiro semiestruturado de entrevistas e a ficha de identificação do profissional entrevistado (Apêndices VI, VII e VIII, respectivamente) utilizados no trabalho de campo, junto às equipes de Saúde da Família selecionadas, foram construídos em vários encontros da equipe de pesquisadores da EPSJV/Fiocruz. Tais instrumentos foram testados em duas ocasiões.

O primeiro teste ocorreu em junho de 2015, feito pela equipe de pesquisadores da EPSJV/Fiocruz, junto a trabalhadores das equipes da Clínica de Saúde da Família Victor Valla, localizada no território de Manguinhos. O segundo esteve a cargo de pesquisadores oriundos das ETSUS, ESP e Fiocruz-Ceará, junto a trabalhadores da rede de contatos dos pesquisadores da EPSJV/Fiocruz, e foi realizado durante a oficina preparatória para o trabalho de campo, em novembro de 2015.

2.5. Oficinas de Trabalho

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, foram realizadas três oficinas, com a participação dos pesquisadores da EPSJV, das ETSUS, da ESP e da Fiocruz-Ceará, cujos objetivos, desenvolvimentos e produtos são apresentados a seguir.

2.5.1. Primeira oficina (Apêndice II)

A oficina teve como objetivos a apresentação e a discussão dos aspectos teórico-metodológicos do projeto; e a organização e a estruturação da etapa de coleta de dados da pesquisa. Na oficina, foram contempladas as seguintes atividades:

- a) apresentação e discussão da concepção e dos objetivos da pesquisa;
- b) exposição dos critérios de seleção dos municípios;
- c) identificação das condições de realização da pesquisa nos municípios selecionados;
- d) apresentação da proposta teórico-metodológica do projeto;
- e) apresentação e discussão das categorias profissionais a serem investigadas;
- f) realização e discussão de entrevistas-teste com trabalhadores pelos pesquisadores ET-SUS;
- g) apresentação e discussão da proposta de análise das entrevistas-teste transcritas e;
- h) planejamento do trabalho de campo.

2.5.2. Segunda oficina (Apêndice III)

Para iniciar o processo de análise de dados empíricos coletados no trabalho de campo, foi realizada uma oficina com a participação dos pesquisadores da EPSJV, das ETSUS, ESP e da Fiocruz-Ceará, com foco na formação e na prática dos pesquisadores com os instrumentos de análise propostos.

A atividade objetivou discutir o trabalho de campo efetivado nas vinte Equipes da Saúde da Família investigadas; discutir e elaborar a metodologia de análise dos dados obtidos no trabalho de campo; preparar os pesquisadores para a realização da análise dos dados, segundo metodologia elaborada. Durante a oficina, foram contemplados:

- a) avaliação do trabalho de campo;
- b) categorização e análise das entrevistas transcritas dos seguintes municípios: Garanhuns/PE; São Mateus do Maranhão e Penápolis;
- c) início da análise do trabalho de saberes e práticas por grupos profissionais, a partir das entrevistas dos três municípios acima citados;
- d) análise do trabalho das equipes de Saúde da Família dos três municípios citados;
- e) organização de Grupos de Trabalho para continuidade das análises à distância, considerando-se também a possibilidade de encontros presenciais;
- f) apresentação e discussão do modelo de relatório por município/equipe e do cronograma de trabalho.

Ao fim da oficina, foi acordado que as análises do material empírico seriam realizadas pelas mesmas duplas que fizeram a investigação em campo. Para isto, foi proporcionado a um dos pesquisadores a viagem e a estadia na cidade do outro pesquisador, durante uma semana. Infelizmente, o atraso na emissão de recursos impediu que esse planejamento se cumprisse plenamente, o que, entretanto, não impediu o trabalho. Nos casos de inviabilidade do encontro pessoal, as análises foram feitas à distância.

Assim, as estratégias conjugadas de diálogo entre os pesquisadores, para a análise do trabalho empírico, foram:

- a) à distância, valendo-se das ferramentas de tecnologias da informação e de comunicação;
- b) encontros presenciais, com deslocamento do pesquisador da ETSUS para o Rio de Janeiro ou do pesquisador EPSJV para a cidade de origem do pesquisador da ETSUS. Foram totalizados seis encontros presenciais, com duração de cinco dias úteis, conforme quadro a seguir. A compra de passagens e o pagamento das diárias foram efetuados com os recursos da terceira parcela de financiamento do projeto.

2.5.3. Terceira oficina (Apêndice IV)

A última oficina de trabalho teve caráter conclusivo, possibilitando o reencontro entre os pesquisadores da EPSJV/Fiocruz e os das ETSUS. Na ocasião, os pesquisadores tiveram a oportunidade de fazer uma avaliação do trabalho de análise dos dados empíricos, cotejando as facilidades e as dificuldades das estratégias presenciais e a distância de interlocução entre as

duplas de pesquisa. Quando necessário, as duplas fizeram complementações das análises, especificamente completando um ou mais quadros modelos (1, 2 ou 3). Mesmo assim, em alguns casos, foi preciso um esforço posterior e adicional, especialmente dos pesquisadores da EPSJV, para a conclusão dessa etapa do trabalho.

Na terceira oficina, foram expostos e discutidos novamente, com os pesquisadores, os objetivos e as questões de estudo da pesquisa, bem como a consolidação do referencial teórico exposto no item 2 do relatório. A atividade principal, no período, teve como foco a elaboração dos quadros 4 e 5, visando à abordagem da questão (b) da pesquisa. O material em *power point*, exposto pela coordenação do projeto às equipes de pesquisa, da OPAS e do Ministério da Saúde em 1º de dezembro de 2016, consta do Apêndice IX. Uma proposta de desdobramento da pesquisa foi também construída, e é apresentada no Apêndice XVII.

2.6. Organização e Cronograma do Trabalho de Campo

Em cada município, dois pesquisadores da equipe acompanharam, por cinco dias, o cotidiano das atividades dos profissionais de nível técnico da eSF selecionada. Observaram sua rotina de trabalho, e promoveram entrevistas individuais semiestruturadas, em local e horário acordados com os trabalhadores, a fim de interferir o mínimo possível na rotina já estabelecida. O trabalho de campo ocorreu entre janeiro e abril de 2016, as entrevistas foram registradas em gravador digital e transcritas integralmente, seguindo todas as normas estabelecidas pela Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A transcrição ficou a cargo de três pesquisadoras contratadas especificamente para esse fim, assim como pelo bolsista de iniciação científica Raphael Valério e pela estagiária da equipe, Amanda Machado.

Os dados da observação do trabalhador técnico e de seu grupo foram relatados pelos pesquisadores durante reuniões semanais da equipe EPSJV, assim como pelos membros das ETSUS e da ESP, durante a Segunda Oficina de Trabalho. Tais observações foram analisadas compondo os resultados da pesquisa, juntamente com as informações obtidas a partir das entrevistas.

Seguem, no quadro 2, as datas de realização do trabalho de campo e a identificação dos pesquisadores em cada localidade.

Tabela 2 – Realização do trabalho de campo: datas e pesquisadores responsáveis

Município	Data de realização (2016)	Pesquisadores Responsáveis
São Mateus do Maranhão – MA	11 a 15 de janeiro	Rafiza Felix (ETSUS-MA) e Livia Fraga (EPSJV)
Tauá - CE	11 a 15 de janeiro	Vanira Pessoa (Fiocruz-CE) e Maurício Monken (EPSJV)
Maracanaú - CE	11 a 15 de janeiro	Jadson Franco (ETSUS-CE) e Raquel Moratori (EPSJV)
Garanhuns – PE	22 a 26 de fevereiro	Neuza Buarque (ETSUS-PE) e Carla Carneiro (EPSJV)
Piripiri - PI	07 a 11 de março	Jesus Dias (ETSUS-PI) e Livia Fraga (EPSJV)
Maringá – PR	25 a 29 de abril	Ana Fonseca (ETSUS-PR) e Mariana Nogueira (EPSJV)
Abreu e Lima – PE	09 a 13 de maio	Neuza Buarque (ETSUS-PE) e Carla Carneiro (EPSJV)
Patos de Minas - MG	09 a 13 de maio	João André Tavares (ETSUS-MG) e André Feitosa (EPSJV)
Niquelândia - GO	09 a 13 de maio	Marcelo Dourado (ETSUS-GO) e Maurício Monken (EPSJV)
Recife – PE	16 a 20 de maio	Neuza Buarque (ETSUS-PE) e Márcia Valéria Morosini (EPSJV)
Aparecida do Taboado – MS	16 a 20 de maio	Denise Fortes (ETSUS-MS) e Muza Velasquez (EPSJV)
Laje – BA	16 a 20 de maio	Geisa Plácido e Joelma Barbosa (ETSUS-BA) e Angélica Fonseca (EPSJV)
Monte Azul - MG	30 de maio a 3 de junho	Maria Patrícia da Silva (ETSUS Unimontes/Montes Claros) e Raquel Moratori (EPSJV)
Jaciara- MT	30 de maio a 3 de junho	Jucineide Schmidel (ESP-MT) e Júlio Lima (EPSJV)
Curuçá-PA	30 de maio a 3 de junho	Kalinne Pinto (ETSUS-PA) e Muza Velasquez (EPSJV)
Cambé- PR	30 de maio a 3 de junho	Ana Fonseca (ETSUS-PR) e Mariana Nogueira (EPSJV)
Penápolis-SP	30 de maio a 3 de junho	Iorrani Bispo (ETSUS-Assis/SP) e Júlio Lima (EPSJV)
Belo Horizonte- MG	06 a 10 de junho	Alice Massote (ETSUS-MG) e Livia Fraga (EPSJV)
Rio de Janeiro-RJ	07 a 14 de junho	Marise Ramos, Filippina Chinelli, Raphael Valério e Amanda Machado (EPSJV)
Goiânia-GO	27 de junho a 01 de julho	Marcelo Dourado (ETSUS-GO) e Muza Velasquez (EPSJV)

2.7. Transcrição das entrevistas

Todas as 133 entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa, que totalizam cerca de 210 horas, foram transcritas por três pesquisadoras autônomas que, mediante processo seletivo, comprovaram experiência na função, conhecimento sobre o tema da pesquisa e propuseram os menores valores por hora de entrevista transcrita. Os arquivos de áudio foram organizados por município e enviados às profissionais por email, através do *WeTransfer*, serviço online gratuito de transferência de arquivos pesados (até 2GB).

As entrevistas transcritas foram remetidas à coordenação (arquivos em *Word*) e, em seguida, encaminhadas aos pesquisadores ETSUS e EPSJV responsáveis pelo tratamento e análise dos dados, iniciados por todas as duplas que desenvolveram o trabalho de campo, o que será detalhado no tópico a seguir.

Segue a distribuição das entrevistas realizadas com trabalhadores da Atenção Básica, por categoria profissional e por município investigado:

Tabela 3: Trabalhadores da Atenção Básica entrevistados em cada município, por categoria profissional

Município	Categoria profissional						Total
	ACS	ACE/ AVS	AEn	TEn	ASB	TSB	
Abreu e Lima (PE)	02	01	-	01	01	-	05
Aparecida do Taboado (MS)	07	01	-	01	-	01	10
Belo Horizonte (MG)	03	03	01	-	01	01	09
Cambé (PR)	03	01	-	01	01	01	07
Curuçá (PA)	06	01	01	01	-	01	10
Garanhuns (PE)	01	01	-	01	01	-	04
Goiânia (GO)	01	01	-	01	01	-	04
Jaciara (MT)	01	01	-	01	-	01	04
Laje (BA)	04	01	-	-	01	01	07
Maracanaú (CE)	02	01	01	-	01	01	06
Maringá (PR)	04	-	01	-	01	01	07
Monte Azul (MG)	02	02	-	02	01	01	08
Niquelândia (GO)	03	02	-	03	-	01	09
Patos de Minas (MG)	02	01	01	-	-	01	05
Penápolis (SP)	01	-	01	01	01	01	05
Piripiri (PI)	02	01	02	-	01	-	06
Recife (PE)	02	01	01	-	-	01	05
Rio de Janeiro (RJ)	02	01	-	01	01	01	06

São Mateus do Maranhão (MA)	02	02	-	01	01	-	06
Tauá (CE)	04	03	-	01	01	01	10
Total	54	25	09	16	14	15	133

2.8. Conversão do material empírico em documentos de análise

Após a realização do trabalho de campo, além dos relatos dos pesquisadores sobre procedimentos e observações feitos em reuniões da equipe da EPSJV/Fiocruz e dos pesquisadores das ETSUS, ocorrida na Segunda Oficina, o material empírico coletado na forma de entrevistas e diários de campo foi tratado mediante: a) transcrição das entrevistas; b) sistematização dos diários de campo. Além desses documentos, a equipe produziu outros, apresentados como apêndices desse Relatório, a saber: a) caracterização sociodemográfica e espacial dos municípios (Apêndice I) –, desenvolvida a partir de parceria com a Estação de Territorialização da EPSJV-FIOCRUZ, e com base nos dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio do site <http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/home.php?lang>; b) levantamento de aspectos sobre a Estratégia Saúde da Família nos municípios (esses documentos não foram apensados ao presente relatório, mas constam como arquivo da pesquisa de posse do Observatório dos Técnicos em Saúde).

A caracterização dos municípios foi parte integrante da pesquisa, pois esse aspecto tem implicações de ordem estrutural que podem afetar a forma como as ações de prevenção e atendimento em saúde são direcionadas para a população. Além disso, se inserem no conjunto das atividades dos profissionais, na medida em que o território/comunidade se constitui como o espaço dinâmico onde ocorrem as atividades inerentes à ESF. Nesse âmbito, questões relativas à violência, tráfico de drogas, prostituição infanto-juvenil e outras formas de vulnerabilidade social impactam diretamente na forma como as atividades são desenvolvidas e, principalmente, na saúde dos trabalhadores que lidam diretamente com os usuários dos serviços da Atenção Básica.

3. REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA

A análise do material empírico teve por base as categorias construídas a partir dos relatos orais dos pesquisadores no trabalho de campo. A inspiração para tal está na “leitura flutuante” definida por Bardin (2007, p. 90) como:

A primeira actividade consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Esta fase chama-se leitura “flutuante”, por analogia com a atitude do psicanalista. Pouco a pouco, a leitura vai-se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projecção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos.

Para a autora, tal prática implica na existência de documentos empíricos prévios à hipótese ou às questões de estudo, e é a partir da “leitura flutuante” que essas são elaboradas. No caso do presente trabalho, os objetivos e as questões de estudo foram formulados previamente e os documentos, produzidos pelos pesquisadores mediante entrevistas e observação de campo, atividades guiadas por instrumentos de pesquisa (roteiro de observação participante e roteiro semiestruturado de entrevista, respectivamente apêndices VI e VII.). A elaboração dessas ações foi orientada pelas questões de estudo e referenciais teóricos, naquele momento, apenas esboçados.

Não seria possível aguardar a transcrição de todas as entrevistas e a sistematização de todos os diários de campo para produzir os documentos – textos com os relatos dos entrevistados e dos pesquisadores sobre as observações – e, só então, passar à codificação do material, cuja última etapa é a escolha de categorias. A codificação, em Bardin (2007, p. 97), corresponde “a uma transformação dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto”. A categorização, como etapa da codificação, “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com critérios previamente definidos” (idem, p. 111). A escolha se deu por categorias temáticas, cujo critério de seleção é semântico, isto é, todos os trechos de depoimentos que têm o mesmo significado ficam agrupados em uma categoria que expresse esse significado. Trata-se, então, de um processo que comporta o inventário (isolar os elementos) e a classificação (repartir os elementos), para impor certa organização às mensagens.

Na pesquisa, enquanto as transcrições das entrevistas e a sistematização dos diários de campo não estavam concluídas, os relatos dos pesquisadores, nas reuniões promovidas entre a equipe de pesquisa da EPSJV e, na segunda oficina, também com os pesquisadores das ETSUS, constituíram documentos orais que expressavam muito da realidade investigada, e que seria, posteriormente, detalhada nas entrevistas transcritas e nos diários de campo. A escuta desses relatos/documentos orais correspondeu a uma “leitura flutuante”, a partir da qual não construímos hipóteses, mas, sim, confirmamos a pertinência das questões de estudo e dos

instrumentos de pesquisa. A escuta possibilitou identificar aspectos da realidade investigada que expressavam a dinâmica interna ao trabalho em equipe e as influências externas nessas relações. Assim, os registros desses aspectos, nas atas das reuniões, equivaleram ao inventário sugerido por Bardin (idem) como uma das etapas da categorização. Os registros foram então classificados em temas (critério semântico), e constituíram as categorias de análise. A discussão sobre tais categorias nas reuniões de pesquisa, visando dar clareza à sua compreensão e maior homogeneidade possível na análise – já que esta seria realizada pelo conjunto dos 20 pesquisadores – levou à organização, também, de subcategorias para cada uma das categorias escolhidas – todas explicitadas no Apêndice XI

As categorias e subcategorias guiaram a análise do conteúdo dos documentos escritos produzidos pela pesquisa – depoimentos transcritos dos entrevistados e diários de campo dos pesquisadores – organizados em três quadros, cujos modelos constam dos Apêndices XII, XIII e XIV, respectivamente. Tais instrumentos foram testados e aprimorados durante a Segunda Oficina de Trabalho. O quadro 1 cruzou os depoimentos de cada técnico de cada equipe com as categorias de análise. Foram transcritos para os respectivos campos excertos literais das entrevistas, complementadas por informações dos diários de campo. O quadro 2 organizou as informações de cada categoria já sintetizada (não mais literais), relativas a todos os técnicos (cada um deles em um mesmo quadro) de uma equipe. Já o quadro 3 possibilitou a elaboração de uma síntese de cada categoria da equipe (não retratando mais os técnicos explicitamente), indicando as tendências de cada equipe. Os conteúdos desses três quadros não são apresentados nesse relatório, dada a sua extensão e ao fato de que foram usados como insumo para abordar as questões de estudo (a) – quanto à formação dos técnicos, cuja síntese se baseou nos quadros 1 e 2; e (c) – quanto às interações no interior da equipe, para cuja síntese contribuiu o quadro 3.

Para abordar a questão (b), quanto a práticas, saberes e competências profissionais, foram elaborados os quadros 4 e 5, cujo conteúdo foi buscado nos quadros 1 e/ou 2, especialmente registrados na categoria 9 – processo de trabalho – mas não exclusivamente, já que se poderia ter registros sobre práticas e/ou saberes também em outras categorias. No primeiro quadro foi sistematizado o escopo de práticas de cada técnico de cada equipe, e registrado o que os técnicos manifestavam sobre as tarefas prescritas e realizadas, as tarefas não prescritas e realizadas, as tarefas prescritas e não realizadas e, finalmente, os desvios de função. Esses quadros constam do corpo deste relatório, no item relativo aos resultados da pesquisa,

além de o Apêndice IV, referente à programação da 3ª. oficina, mostrá-los na forma de exemplos.

A seguir, são apresentados os referenciais teórico-metodológicos sobre o trabalho em equipe e saberes profissionais. Esse será tratado na perspectiva das fontes e tipos de conhecimento do técnico e de seus modos de cognição. As indicações sobre os modos de cognição dos técnicos na eSF serão adiantadas na discussão do referencial teórico, pelo fato de sugerirem uma tendência geral desses trabalhadores no trabalho em equipe. O desenvolvimento desse trabalho nos levou aos resultados alcançados pela pesquisa expostos no item 3 deste relatório.

3.1. Referencial teórico-metodológico sobre trabalho em equipe

A revisão de literatura sobre trabalho em equipe na saúde foi iniciada com o levantamento de artigos, dissertações e teses acadêmicas, mediante consulta nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde e no Google acadêmico (Apêndice XV). A continuidade do estudo teve como referência norteadora Peduzzi (2001). Além disso, houve duas reuniões em que esse referencial foi discutido articuladamente com os conceitos de competência na saúde e de saberes profissionais. A primeira foi realizada na USP/São Paulo, em 19 de novembro de 2015, envolvendo pesquisadores dos projetos de pesquisa com a temática do trabalho em saúde. A segunda, na EPSJV/Fiocruz, em 29 de abril de 2016, com os pesquisadores dos projetos desenvolvidos pela EPSJV e pela Faculdade de Enfermagem da USP (Apêndice XVI).

A proposta de trabalho em equipe surgiu a partir da grande especialização dos conhecimentos e práticas na área de saúde, o que acarretou uma individualização da assistência. O trabalho em equipe multiprofissional em saúde consiste em “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais” (PEDUZZI, 2001, p.108).

Peduzzi construiu duas modalidades de trabalho em equipe: a equipe agrupamento, na qual ocorre justaposição das ações e agrupamento dos agentes; e equipe integração, na qual se dá a articulação das ações e a interação dos agentes. Para a caracterização das equipes são utilizados alguns critérios: tipo de comunicação; a construção de um projeto assistencial comum; as diferenças técnicas, desigualdade e especificidade dos trabalhos especializados; a flexibilidade da divisão do trabalho; e a autonomia profissional.

Tabela 4: Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento

Tabela – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento.

Parâmetros	Tipologia	
	Equipe integração	Equipe agrupamento
Comunicação externa ao trabalho		X
Comunicação estritamente pessoal		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X	
Projeto assistencial comum	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X
Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados	X	
Especificidades dos trabalhos especializados	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X	
Autonomia técnica de caráter interdependente	X	
Autonomia técnica plena		X
Ausência de autonomia técnica		X

Fonte: Peduzzi, 2001

Peduzzi explora cada um dos critérios da tabela acima. A comunicação entre os profissionais é base do trabalho em equipe, que deriva da relação recíproca entre trabalho e interação. A comunicação é manifestada de três formas: comunicação externa ao trabalho (comunicação ocorre somente como instrumentalização da técnica); comunicação estritamente pessoal (destaque para as relações pessoais); comunicação intrínseca ao trabalho (a comunicação entre os profissionais está relacionada com as intervenções).

O projeto assistencial comum trata-se de um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo. É construído a partir do agir comunicativo, quando os agentes detectam as demandas do serviço e buscam formas de solução.

As diferenças técnicas estão relacionadas à especialização dos saberes e das intervenções. As desigualdades dizem respeito à existência de valores e normas sociais que hierarquizam as profissões, tornando algumas superiores a outras. A ocorrência de maior integração da equipe está relacionada à menor desigualdade entre o trabalho e os respectivos agentes.

O trabalho em equipe não pretende acabar com a especificidade do trabalho, uma vez que a especialização permite o aprimoramento do conhecimento e da técnica. A flexibilidade é a realização das práticas privativas de cada área profissional mais as práticas comuns a distintas áreas profissionais. No trabalho em equipe, a divisão de trabalho convive com as especificidades de cada área profissional. Quanto maior o destaque para a flexibilidade da divisão do trabalho, mais se aproxima da equipe integração; e quanto maior o destaque para a especialidade de cada área, mais se aproxima da equipe agrupamento.

No trabalho em equipe do tipo integração, ocorre a complementaridade e a colaboração no exercício da autonomia técnica, e não há independência dos projetos de ação de cada agente.

Na equipe tipo agrupamento, a complementaridade dos trabalhos especializados convive com a independência do projeto assistencial de cada área profissional ou mesmo de cada agente.

Outros autores foram também estudados. Araújo e Rocha (2007) usam Peduzzi como referência para a discussão de seu trabalho, e chegaram a duas reflexões. A primeira é sobre o tema da transdisciplinaridade, em que se afirma que a complexidade da saúde coletiva exige uma formação transdisciplinar, dada a pluridimensionalidade do processo saúde-doença. A outra reflexão é sobre a ação comunicativa na perspectiva de Habermas. Essa teoria possibilita a construção de um novo agir em saúde através da interação entre os agentes envolvidos, eliminando a prática fragmentada no modelo médico-biológico.

Fortuna *et al* (2005, p. 264) consideram trabalho em equipe como “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais”. Esses processos são fortalecidos com o objeto de trabalho e o grupo, que é o conjunto de pessoas que trabalha pelo mesmo objetivo. No entanto, nem sempre todos os integrantes das equipes possuem o conhecimento, regras, normas e acordos sobre o objeto de trabalho e seus propósitos. Nesses casos, o autor aposta no crescimento das equipes, se essas trabalharem sobre os processos grupais. Para se estabelecer como equipe e alcançar os objetivos, Fortuna aborda alguns aspectos norteadores: afiliação, que é a adesão a uma equipe; pertencimento, o processo de pertencer, de adaptação à equipe; comunicação, que precisa ser clara e direta; aprendizagem, o aprender com o outro e não do outro; cooperação, que diz respeito à articulação entre os membros das equipes; pertinência, que é o compromisso da equipe com as tarefas; tele, que trata do clima das reuniões em equipe. Alguns aspectos citados por Fortuna são equivalentes aos critérios utilizados na tipologia de Peduzzi, porém descritos em outras palavras.

3.2. Referencial teórico-metodológico sobre saberes profissionais

O referencial teórico sobre saberes profissionais tem por base estudos de Ramos e Caria (2015). Nessa abordagem, o conceito de saber profissional pressupõe o conhecimento em uso e não o enunciado. Nesse sentido, ele não se confunde nem com o conhecimento científico nem com recortes e apropriações aplicadas deste último na forma de conhecimento técnico e tecnológico ou, ainda, com enunciados de ordem filosófica, jurídica ou equivalentes.

No escopo de nosso estudo, esses podem ser reconhecidos como *conhecimento proposicional* (COUTER, 1989; COLLINS, 2010), como *conhecimento codificado* (ERAUT, 2007) ou como *conhecimento abstrato*. Sob tais nomenclaturas mas, tal como utilizamos neste trabalho, simplesmente como conhecimento científico ou técnico-científico, este tipo de saber pode ser definido como

formações discursivas que se expressam através de textos escritos (ou que se expressam de modo oral na dependência do texto escrito) e em cuja lógica e organização formal do conhecimento podemos reconhecer: (1) propósitos de generalização de regras e princípios de pensamento e ação; (2) propósitos de especialização em temas e problemas com fronteiras explicitamente delimitadas; (3) exigências de coerência interna, sistematicidade e validade na formulação dos enunciados e dos argumentos. (CARIA, 2012, p. 60)

O conhecimento científico, então, mesmo que delimite e, em grande medida, defina profissões (ABBOTT, 1988; EVETTS, 2003; BRANTE, 2010), não se configura imediatamente como saber profissional, mas sim como uma de suas fontes.

A outra fonte é a experiência prática. No trabalho profissional, processa-se uma transformação prática do conhecimento científico para que seja adequado à intervenção profissional em situação e à interação social, gerando uma forma situada do conhecimento: o saber profissional. Por meio disso, os membros de um grupo coordenam suas ações em situação com consciência prática, isto é, com um conhecimento habitualmente usado no desenvolvimento de sequências de conduta.

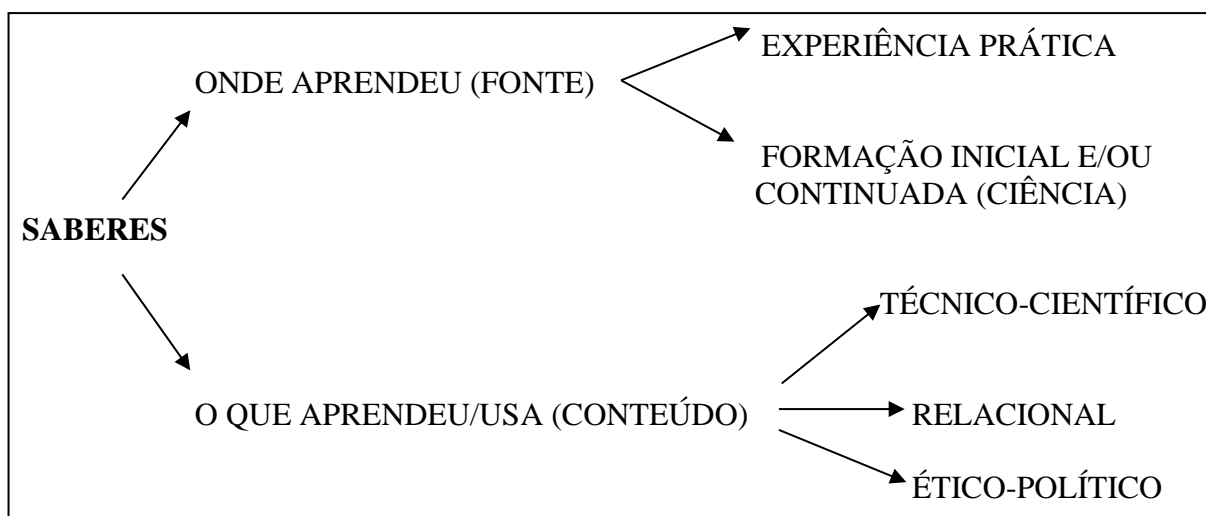
Nesse processo, os critérios acadêmicos e científicos normalmente utilizados para se julgar a validade de um conhecimento – o de coerência dos enunciados, o do rigor conceitual e o da generalização dos problemas diagnosticados – adquirem uma relação tensional com a ambiguidade e a ambivalência dos significados partilhados na interação social, com a subjetividade da interpretação dos problemas e dos casos e com a procura de eficácia para os resultados obtidos –, em virtude da relação com aquilo que é prescrito socialmente, e é assumido por ideologia e saberes tácitos que suportam o poder profissional numa dada sociedade.

Essa tensão pode ter várias interpretações teóricas. Na perspectiva dos processos de recontextualização do conhecimento abstrato, trata-se de reconhecer que o conhecimento se organiza segundo outra epistemologia. Naquela em que a teoria é mediada pela experiência e pela reflexividade sobre a especificidade dos casos, em relação aos quais o trabalho profissional se debruça, visando uma intervenção profissional em contexto que saiba lidar com o contingente e o incerto dos problemas sociais, a partir de princípios e regras abstratas de aplicação generalista.

Complementar esta perspectiva com uma contribuição interacionista permite afirmar que, na epistemologia do saber profissional, existe uma especificidade pragmática no trabalho profissional que não se confunde com o praticismo ou o utilitarismo no uso do conhecimento.

Como indicam os estudos etnográficos desenvolvidos em Portugal (CARIA, 2000, 2014; LOUREIRO, 2008; PEREIRA, 2008), a dualidade epistemológica se manifesta numa articulação complexa, contraditória e variável, em que o implícito e o tácito parecem ter um importante papel. Sendo assim, o estudo dos saberes profissionais não redundaria propriamente numa epistemologia, posto não ser possível adotar um único critério para sua validação, seja o pragmatismo e a eficácia, seja a coerência e o rigor conceitual. O que o caracteriza é, exatamente, uma combinação variável desses critérios –, por vezes defasados e em parte silenciados, por outras hierarquizados, o que sobrevaloriza uns em relação a outros –, mas sempre compartilhados pelo grupo de trabalho na forma de uma cultura profissional. O esquema a seguir demonstra.

Esquema 1: Fontes e conteúdos dos saberes profissionais



Fonte: elaboração própria

O esquema acima pode ser explicado da seguinte maneira. Os saberes profissionais pressupõem o conhecimento em uso e não o enunciado. Esse último é o conhecimento científico, isto é, aquele do qual se tem algum registro válido e legitimado social e cientificamente, por exemplo, em livros, artigos, manuais e outros materiais didáticos, e se converte em algo a ser aprendido. O conhecimento em uso, no entanto, não se confunde com o saber profissional; ao contrário, pode ser convertido em saber quando é usado em situações concretas. Assim, por exemplo, quando se afirma saber fazer algo, é possível questionar quais foram os conhecimentos aprendidos para que esse saber se revele.

Os saberes têm duas fontes de conhecimentos – é o que chamamos de dualidade epistemológica. Uma das fontes é a ciência (e os conhecimentos dela advindos) – os conhecimentos científicos (ou proposicionais, codificados, abstratos, tal como já explicamos). O critério de validação é a coerência com o objeto ou fenômenos concretos que podem explicar, e sobre os quais intervêm. É importante registrar a coerência como critério de validação de tais conhecimentos. São os conhecimentos dessa fonte aqueles historicamente ensinados na escola, seja em curso básico, técnico-profissional ou de ensino superior, dependendo da relação entre a complexidade do conhecimento, o nível de escolaridade e suas finalidades.

A outra fonte dos saberes profissionais é a experiência. Seu critério de validação é a eficácia, ou seja, quando seu uso produz o resultado esperado, independentemente de sua validade ser comprovada cientificamente pelo critério da coerência. A propósito, no uso desses conhecimentos, os critérios de coerência e eficácia podem até mesmo entrar em contradição.

Mas essa não é uma questão que, necessariamente, preocupe o trabalhador, já que ele pode estar sendo movido pela premência do resultado e, para tal, busca os recursos de que dispõe, e que podem advir de experiências anteriores. Quando os modos de cognição forem abordados, mais adiante, será tratada a questão sobre a possibilidade ou não de o trabalhador tratar reflexivamente esse conhecimento, que é mais difícil de ser enunciado e, muitas vezes, se constitui como saber tácito. A investigação, porém, mediante entrevistas e observações, tentou fazer com que esse saber se tornasse explícito.

Do ponto de vista da investigação e da análise, como foram identificadas as fontes? Por um lado, foram reconhecidos os conhecimentos dos trabalhadores que têm a ciência como fonte. Isso quando revelavam terem aprendido segundo processos de formação inicial ou continuada – cursos profissionais e treinamentos específicos (coletivos ou individuais, como estágio ou aprendizagem formalmente orientada pelo superior), diretamente ligados ou não a sua profissão – ou outros processos formais de aprendizagem, como orientações repassadas em reuniões de equipe ou da unidade e procedimentos autodidatas, como consultas a fontes bibliográficas, incluindo as disponíveis na Internet etc. Ou seja, todas as fontes que veiculam formalmente algum conhecimento fazem parte da fonte ciência/formação.

Por outro lado, conhecimentos que têm a experiência como fonte são revelados como aprendizagens da prática, ocorridas não só no processo de trabalho propriamente dito – na relação com o seu objeto de trabalho, com o usuário e com outros profissionais –, mas também experiências vividas na prática, seja no exercício da função, seja na vivência cotidiana em família, comunidade, território; ou na inserção em movimentos de diversas ordens –, sociais, políticos, sindicais, religiosos, culturais etc. Ou seja, toda a experiência que aparece na execução do trabalho, mas também os fatores além dela e que a influenciam.

Para além das fontes de conhecimento, foi preciso saber qual o seu conteúdo; em outras palavras, foi importante captar não só onde os trabalhadores aprenderam, mas o que aprenderam. O esquema abaixo apresenta três tipos de conhecimentos, a saber: a) técnico-científico; b) relacional; c) ético-político. São assim definidos:

- a) **conhecimento de tipo técnico-científico:** relativo às ciências que fundamentam a profissão/especialidade e às técnicas adequadas aos respectivos procedimentos. Pode-se identificar o uso desses conhecimentos de forma considerada correta ou não. Fazer o devido registro, se isto ocorrer. Exemplos: “para manusear o larvicida, eu antes coloco a luva”; “eu aprendi a usar o peresal”; “pensar, ver a pressão”;

- b) **conhecimento do tipo relacional:** relativo à forma como aborda/acolhe o usuário e a como se relaciona com os membros da equipe. Exemplo: “aí eu explico para ele que é importante não faltar à consulta”; “eu tenho que usar o bom humor”; “a gente tem que ter muita paciência”; “aí eu peço para ele ter calma”;
- c) **conhecimento do tipo ético-político:** relativo a direitos e deveres no exercício da profissão, seja no âmbito das práticas (sigilo de informações do usuário, prudência em não realizar procedimentos que não sejam de sua atribuição) ou no âmbito da organização social/política. Exemplo: “eu sei que permaneço na unidade mais tempo do que é a minha obrigação”; “aí eu vou lá, na reunião e falo, porque sei que todo mundo tem o direito de manifestar sua opinião”; “eu procurei o pessoal do sindicato”.

No processo de análise do material empírico, foram identificados, nos depoimentos dos entrevistados e nos registros das observações organizados nos quadros 1 e 2 (Apêndices XII e XIII, respectivamente), os conhecimentos manifestados pelos trabalhadores e suas respectivas fontes, informações essas que foram organizadas para cada técnico de cada equipe, no quadro 5, apresentados como resultados da pesquisa neste relatório. Após isso, foram cruzados os tipos de conhecimentos com as respectivas fontes (quais seus conhecimentos e onde ele aprendeu). Exemplo: um ACE relata que aprendeu a evitar na prática a intoxicação de crianças pelo larvicida. Ele explica que, nos domicílios, coloca o material e a mochila num lugar alto, não acessível, porque um dia uma criança mexeu na mochila e ele pensou que ela havia se intoxicado e a levou imediatamente para o posto de saúde. Com este depoimento, ele revelou que aprendeu na prática sobre o risco de intoxicação. O que esta informação fornece? Que existe um conhecimento relevante, para o exercício profissional do ACE, que pode estar sendo aprendido somente na prática e não na formação; pode-se concluir, então, que esse conhecimento deva passar a constar dos currículos dos cursos de formação profissional dessa especialidade.

A análise pode demonstrar, ainda, quais as fontes que têm proporcionado acesso, pelos trabalhadores, aos conhecimentos de tipo técnico-científico, relacional e ético-político. Nos quadros de análise se observa, por exemplo, que os conhecimentos relacionais e ético-políticos são muito mais aprendidos na prática, pelos trabalhadores, do que na formação. Com esta constatação, vem a pergunta: os currículos dos cursos de formação técnica não precisariam ser revistos, no sentido de incorporarem conhecimentos dessa ordem? Os conhecimentos técnico-científicos, por sua vez, tendem a ser mais acessíveis por meio da formação. Por vezes, se constata também que alguns desses são adquiridos na prática. Outra variação ocorre, ainda,

quando a prática se torna fonte do conhecimento técnico-científico, mas exclusivamente mediante o critério de eficácia e não de coerência. Em outras palavras, pode acontecer de o trabalhador aprender algum conhecimento técnico-científico estruturante do seu exercício profissional na prática, e não na formação. E, com isto, apreendê-lo de forma equivocada ou incompleta.

Enfim, a análise permitiu inferir acerca da qualidade de ambas as fontes de conhecimento, pressupondo a necessidade de qualificação de ambas. Em outras palavras, é preciso que o trabalhador tenha uma boa formação, e essa formação contemple conhecimentos de todos os tipos. Ao mesmo tempo, que ele tenha um bom processo de trabalho, boas condições de trabalho, boas relações no interior da equipe, já que é um profissional que aprende com as duas fontes. No caso de ter fontes de conhecimentos ruins, terá também saberes profissionais limitados.

Esses achados também contribuem para as conclusões sobre o trabalho em equipe. O compartilhamento dos saberes constitui a cultura profissional da equipe. Dependendo de como os saberes dos trabalhadores nascem da equipe e/ou retornam a ela, se aplica a tipologia de Peduzzi, discutida anteriormente, sobre a equipe integração ou agrupamento. Quando se identifica que os saberes dos trabalhadores são produzidos por eles e ficam com eles, a tendência é que se tenha um agrupamento, ou seja, uma equipe multiprofissional integrada, mas não interdisciplinar. O trabalho em equipe, nesse caso, é mais formal do que o real. Mas quando os saberes são produzidos a partir da equipe e voltam para a equipe, provavelmente há uma equipe integração.

3.2.1. O saber profissional como representação situada: uma abordagem cognitiva da ação

Na seção anterior, houve referência à dualidade epistemológica que produz os saberes profissionais: a prática e a teoria. Aqui, a abordagem trata da dualidade sociocognitiva, dada a coexistência de formas de pensamento de tipo pragmático e analítico no trabalho profissional. Essa dualidade é abordada pelas teorias da mente dual (EVANS, 2009, 2008; SUN, 2002), que nos ajudam a compreender a cognição sendo constituída por processos de representação, percepção e associação que se interconectam no agir em situação.

Por essa abordagem, o cérebro humano conteria dois sistemas paralelos de cognição, ou duas mentes: uma pragmática, outra analítica. A primeira produziria, armazenaria e utilizaria conhecimentos que são inerentemente implícitos, envolvendo a percepção, a atenção, a

associação e a aquisição de habilidades motoras, além de sensações e respostas emocionais e intuitivas. A mente pragmática opera, predominantemente, através dos processos de tipo 1 – rápidos, automáticos, com alta capacidade de processamento e baixo esforço. Trata-se de automatismos que orientam o comportamento diretamente, sem precisar de atenção controlada, ao reconhecerem imediatamente padrões e regularidades de ação que não passam pela consciência. Já a mente analítica usaria conhecimento explícito e operaria, primariamente, através de processos de tipo 2 – lentos, controlados, de capacidade limitada e elevado esforço. Esses incluem raciocínio lógico, analítico e hipotético, via suposições e simulações mentais conscientes, baseadas em princípios e regras explícitos.

Ainda que os processos de tipo 1 formem o sistema designado como mente pragmática e, os de tipo 2, o sistema da mente analítica, considera-se pertinente – para não ficar apenas no estudo psicológico das estruturas cognitivas internas ao sujeito – a hipótese da existência de ambos os tipos de processamentos em cada uma das mentes (EVANS, 2009): primeiro, a extração de saber da prática; segundo, a recontextualização rotineira do saber. No primeiro, os conhecimentos da prática poderiam ser também processados analiticamente, na forma de associações e comparações seletivas, relativas à reflexão, a partir da experiência entre diferentes contextos de ação. No segundo, os conhecimentos científicos poderiam ser processados rápida e automaticamente, visando a recontextualização de princípios e regras gerais, na forma de normas e rotinas práticas de pensamento e ação recorrentemente aplicadas.

Para essa pesquisa é essencial a hipótese de Evans, pois dela, como será mostrado adiante, depende o próprio conceito de saber profissional como construção social na articulação entre mentes e epistemologias.

O contexto, o tempo disponível e os tipos de expertise técnica e pessoal de quem atua são três variáveis do trabalho profissional que podem levar aos respectivos processamentos cognitivos. A variável tempo foi privilegiada na pesquisa porque é um dos principais constrangimentos do trabalho profissional e pode ser relativamente pré-dimensionada para fins analíticos. Eraut e Hirsh (2007), dividem o tempo em três extensões, com os respectivos modos de cognição: instantâneo/reflexo; rápido/intuitivo; deliberativo/analítico. Por analogia com a teoria da mente dual, se coloca a hipótese de que, na primeira extensão, há os processamentos de tipo 1 da mente pragmática, produzindo competências automáticas; na segunda, os processamentos de tipo 2 da mente pragmática e os de tipo 1 da mente analítica, de possibilidade de articulação entre mentes, dos quais surgem competências intuitivas, associativas e seletivas; na terceira, os processamentos de tipo 2 da mente analítica, gerando competências analíticas.

Os comportamentos relativos ao modo de cognição instantâneo/reflexo são rotinizados e, no máximo, semiconscientes. Os comportamentos relativos ao rápido/intuitivo indicam maior consciência do que ocorre, e são frequentemente caracterizados por rápidas tomadas de decisão em um período de continuidade da ação semirrotinizada. Tipicamente, ele envolve reconhecimento das situações, por comparação com situações similares previamente encontradas, respondendo a elas com procedimentos já aprendidos. O modo deliberativo/analítico é caracterizado pelo pensamento explícito dos indivíduos ou grupos, possivelmente acompanhado por consultas aos outros. Envolve o uso consciente de diferentes tipos de conhecimentos prévios e sua aplicação a novas situações.

Este mesmo modelo (Eraut e Hirsh) oferece uma tipificação do trabalho profissional em quatro elementos distintos, porém interconectados, a saber: a) avaliação de clientes e situações, assim como seu monitoramento (geralmente identificado com o diagnóstico de problemas profissionais); b) tomadas de decisão (comumente designado como intervenção profissional sobre casos); c) busca de acordo sobre o curso da ação em situações que permitam ou exijam mudanças baseadas em reavaliações, sempre que necessário (em geral designado como reflexão profissional no curso da ação e a partir da prática); d) monitoramento metacognitivo interno ao grupo, referente ao progresso de problemas, projetos e situações (geralmente designado como reflexividade profissional sobre a ação).

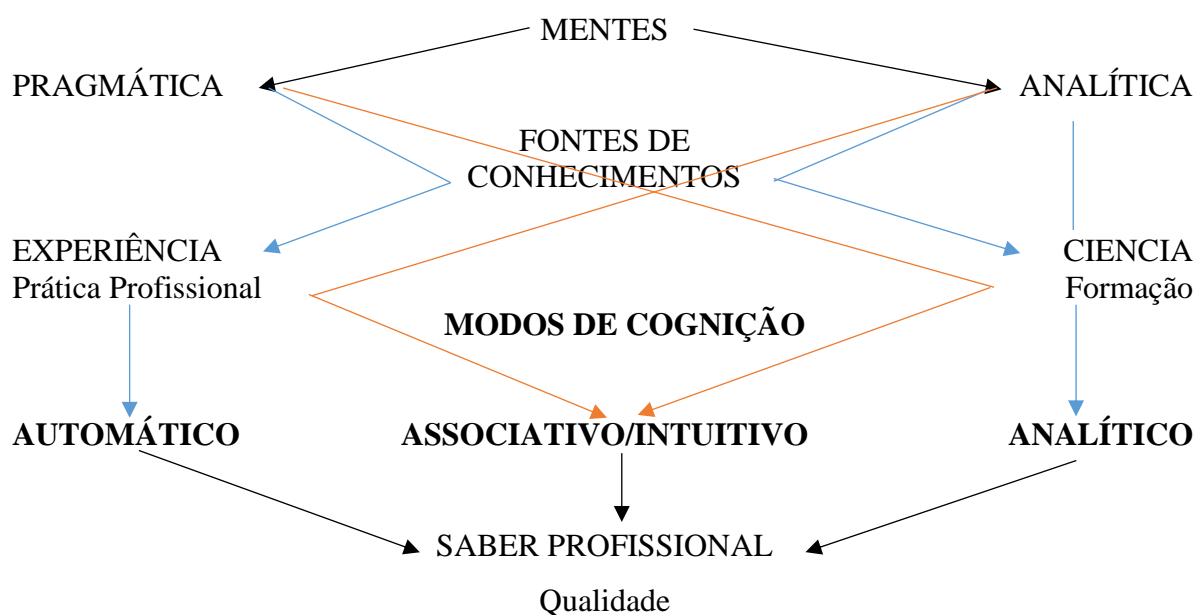
À luz da teoria da dualidade da mente (Evans, 2009), foram designados os seguintes modos de cognição: automático; intuitivo/associativos; analítico. O saber profissional, na perspectiva da ação, é o que emerge nas interações profissionais em que esses modos de cognição são demonstrados. A relação dos modos de cognição pode ser vista na tabela abaixo e, numa tentativa de dar mais movimento a tais interações, no esquema que aparece em seguida.

Tabela 5: Relação fontes de conhecimento e modos de cognição

Mentes/Processos	Fontes dos Saberes	Modos de cognição
Pragmática(1)	Experiência	Automático
Pragmática(1)	Ciência	Associativo
Analítica(2)	Experiência	
Analítica(2)	Ciência	Analítico

Fonte: elaboração própria

Esquema 2: Relação fontes de conhecimento e modos de cognição



A apropriação, por esse trabalho, da teoria da dualidade da mente foi sintetizada como se segue. Conhecimentos foram processados de duas formas. Uma é o processamento rápido, pragmático, (mente pragmática), quando é necessário dar respostas rapidamente, pensar e agir. A outra forma é a analítica (mente analítica), quando se pensa lentamente em busca de uma reflexão, de uma informação que estruture uma ação.

De acordo com o esquema 2, nos traçados verticais do lado esquerdo, a mente pragmática, quando processa conhecimentos da experiência, gera um modo de cognição automático, e manifesta-se, então, um automatismo. Por exemplo, ao entrar numa sala e acender a luz, o adulto manifesta um automatismo. Uma criança não faria isto, pois ainda precisa processar lentamente que o lugar está escuro, se é possível iluminá-lo, onde fica o interruptor etc. A presença de automatismos no fazer cotidiano demonstra que a maioria é capaz de processar rapidamente conhecimentos sem esforço mental. E isso está relacionado à frequência e ao êxito da ação, o que permite automatizar a prática.

Os traçados verticais do lado direito do esquema, por sua vez, demonstram que, quando processamos lentamente conhecimentos da ciência, temos o modo de cognição analítico. É um tipo de modo de cognição típico de peritos, pesquisadores, investigadores. Nesse caso, os conhecimentos científicos são processados pela mente analítica de forma lenta, com maior esforço.

Na ação profissional que tem um componente relacional (com usuários ou membros da equipe), é preciso agir com eficácia e no tempo esperado. É prioritariamente nessa dinâmica que o saber profissional se estrutura; ou seja, normalmente, se pensa rapidamente sobre conhecimentos da ciência – processamento pela mente pragmática (processos rápidos e de pouco esforço), do conhecimento científico. O mesmo ocorre com processos analíticos (longos e de maior esforço), o conhecimento da experiência. No primeiro caso, há o cruzamento da mente pragmática com o conhecimento científico e, no segundo, o cruzamento da mente analítica com o conhecimento da experiência. Ambos os cruzamentos têm como vértice o modo de cognição associativo/intuitivo demonstrado pelo esquema. Portanto, quando algo se faz por intuição, não se trata de algo abstrato, mas sim de duas possibilidades, a saber: a) ou houve pensamento analítico sobre um conhecimento da experiência, o que possibilitou associar uma ação bem-sucedida com uma nova (“em outra situação, fiz assim e deu certo; tentarei fazer de novo”); b) ou se processou pragmaticamente um conhecimento científico (o que parece uma intuição é, na verdade, a capacidade de recontextualizar/transferir um conhecimento formal para uma situação concreta). Ambos os cruzamentos equivalem a saberes profissionais estruturados e revelados somente na ação; por isso, são “saberes” e não somente “conhecimentos”.

Pela presente investigação, concluiu-se que o modo de cognição predominante nos técnicos das equipes da Saúde da Família é o intuitivo/associativo, pois o trabalhador técnico aprende muito mais na prática do que nos cursos de formação (e isto foi outra constatação a ser demonstrada mais adiante). Isso o leva a pensar o conhecimento da experiência de forma analítica, para agir. Mas, como também dispõe de conhecimentos científicos e a prática lhe é desafiadora quanto à eficácia (que inclui a pressão do tempo), ele processa pragmaticamente esse tipo de conhecimento.

Foram elaborados indicadores da ação que permitem inferir, inicialmente, sobre o tipo de processamento mental (pragmático, analítico ou cruzado) típico dos respectivos modo de cognição, apresentado no esquema 3; e como tipo de conhecimento processado, conforme consta da tabela 6.

Esquema 3: Relação entre indicadores da ação e tipo de mente

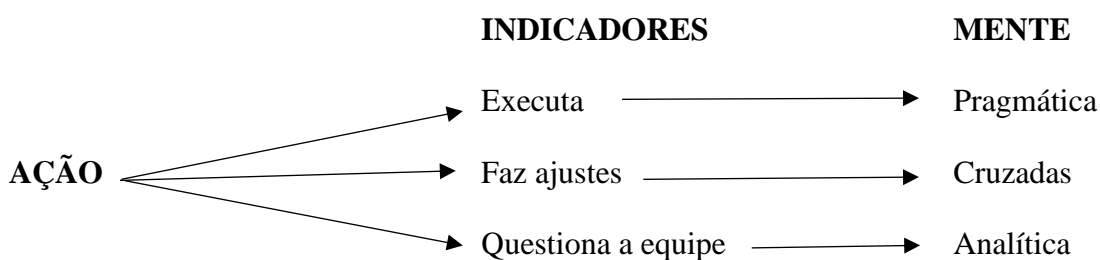


Tabela 6: Relação entre indicadores de ação, tipos de mente, fontes dos conhecimentos e modos de cognição

Indicadores	Mentes	Fonte de conhecimentos	Modos de cognição
Executa	Pragmática(1)	Experiência	Automáticas
Faz ajustes	Pragmática(1)	Ciência	Intuitivas/Associativas
	Analítica(2)	Experiência	
Questiona com fundamento analítico	Analítica(2)	Ciência	Analítica

Como usar os indicadores de ação para inferir acerca dos modos de cognição, tal como apresentado no quadro acima? Se o trabalhador tende somente a executar suas tarefas conforme prescrição, provavelmente predominam modos de cognição automáticos, pois ele processa pragmaticamente conhecimentos já consolidados na sua experiência². Na tentativa de caracterizar o tipo de situação em que esse modo de cognição predomina, essas tarefas foram denominadas como de rotina. Se ele faz ajustes na prescrição conforme variações, imprevistos e desafios da situação, provavelmente processa analiticamente algum conhecimento da experiência ou, pragmaticamente, algum conhecimento científico.

² Uma nota aqui é importante. O que o trabalhador manifesta como sendo um conhecimento da experiência pode ter sido aprendido antes ou, também, numa formação. Mas o que fica registrado é o aprendizado da experiência, pois este se tornou mais significativo do que quando (a princípio e/ou supostamente) aprendeu em curso ou treinamento.

4. RESULTADOS DA PESQUISA

Nesse item, são apresentados os resultados da pesquisa que possibilitam abordar as questões de estudo, como se segue:

- a) **quanto à formação:** escolaridade e formação profissional dos trabalhadores e sua relação com o processo de trabalho real;
- b) **quanto às práticas, saberes e competências profissionais:** o escopo de práticas associadas às situações de trabalho mais frequentes, os saberes que estão implicados nas práticas, as competências práticas e cognitivas, que são mobilizadas de modo recorrente frente às situações de trabalho;
- c) **quanto às interações no interior das equipes:** conflitos que ocorrem entre os técnicos e entre eles e os profissionais de nível superior, as estratégias implementadas para contornar ou superar conflitos, as dificuldades mais comuns para a realização do trabalho multiprofissional.

Pode ser dito que o exame das questões acima, apresentadas em sua correlação com as ações das equipes multiprofissionais, possibilita compreender, em parte, o funcionamento da ESF e seu desenvolvimento nos territórios, pois as interações no interior da equipe e a qualidade dos serviços ofertados podem estar diretamente relacionadas à forma como as estruturas sociais são engendradas e, assim, causar impactos de diferentes ordens na ESF. A síntese das constatações que a investigação permitiu tratar do processo de trabalho de cada trabalhador técnico/categoria profissional que compõe a equipe mínima da ESF na modalidade II, incluindo os Agentes de Combate a Endemias, à luz de cada categoria de análise. Em seguida, serão apresentados os quadros 4 e 5, também sobre os trabalhadores técnicos/categoria profissional das eSF e, finalmente, uma síntese sobre as tendências da ESF, vistas a partir do que pode ser captado nas equipes investigadas, com atenção para o trabalho em equipe.

4.1. O processo de trabalho dos trabalhadores técnicos das equipes da Saúde da Família investigadas: dados das entrevistas

Agentes Comunitários de Saúde(ACS)

Categoria 1: Relação entre equipe, institucionalidade e unidade de saúde

- ✓ A falta de infraestrutura foi apontada como uma questão que impacta na relação da equipe, na medida em que espaços físicos são inadequados para que ocorram atividades envolvendo os usuários, maior interação e trocas de experiências entre os profissionais.

- ✓ A falta de infraestrutura física e de atendimento às demandas dos usuários impacta na atuação dessa categoria profissional e, conseqüentemente, no trabalho em equipe. A demora na resolução dos encaminhamentos de consultas, em virtude da grande demanda no SUS, interfere nas ações realizadas nos territórios, posto que esses profissionais lidam diretamente com os usuários. Portanto, a não efetivação dessas demandas de forma mais ágil fragiliza o trabalho nas comunidades, pois afeta a relação de confiança e os vínculos construídos com os usuários.
- ✓ As atribuições do cargo não são realizadas de forma plena, pois as condições externas impactam na condução do trabalho (exemplo: falta de apoio da gestão, demora na marcação de consultas para especialidades, pouca articulação com outros setores da área de saúde, educação e assistência social que poderiam dinamizar as ações empreendidas nos territórios). As relações assimétricas entre os diferentes profissionais afetam a autonomia dessa categoria no direcionamento e no aprimoramento das ações locais. Nesse âmbito, um dilema recorrente foi apresentado por diversos profissionais, que é a necessidade de cumprimento das metas e o excesso de burocratização do trabalho. A necessidade de preenchimento de diferentes fichas de atendimento das famílias adscritas inviabiliza a realização de outras atividades inerentes à função, pois o tempo usado com atividades burocráticas limita o tempo que o ACS poderia dispor para fazer uma visita domiciliar (VD) mais qualitativa. Percebe-se que, na visão dos profissionais, a inserção de novas demandas no escopo de trabalho dificultou a manutenção dos vínculos que foram estabelecidos com os usuários, já que uma atividade se sobrepõe à outra. Por outro lado, essa pode ser uma resistência dos profissionais em relação a algumas demandas burocráticas, pois, em poucos momentos, essas ações foram pontuadas por eles como uma forma de o SUS qualificar mais o atendimento aos usuários, com base no diagnóstico das principais necessidades das pessoas atendidas e para a promoção de políticas públicas específicas para determinados grupos da população.
- ✓ A falta de material didático dificulta a realização das atividades educativas e de orientação junto aos usuários e aos estudantes.
- ✓ As relações entre integrantes da equipe são percebidas pela categoria como boas. No entanto, constata-se que o convívio e a comunicação com os demais profissionais se restringem (em grande parte) à apresentação das requisições dos usuários. Portanto, cabe averiguar em que medida a “boa relação” não seria a “falta de uma relação” entre os diferentes profissionais da equipe, pois cada qual cumpre suas metas. É importante problematizar essa “estabilidade” porque ela pode, de fato, ser o reflexo do pouco ou

baixo convívio entre os profissionais, com vistas à resolução das necessidades dos usuários e, conseqüentemente, para o trabalho multiprofissional na ESF.

- ✓ Outra importante averiguação diz respeito à remuneração e às condições de trabalho, que não são satisfatórias. Os profissionais fazem o acompanhamento sistemático dos usuários em condições inadequadas, em virtude do trabalho insalubre (sem os EPI's necessários), de circunstâncias precárias (longos percursos a pé, em áreas com alto índice de vulnerabilidade e violência), enfrentando altas temperaturas sem uso de protetor solar, boné, botas, balança, fitas métricas, mochilas/bolsas para a guarda dos materiais informativos, pois esse tipo de utensílio não é ofertado. Muitos profissionais não recebem a gratificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAC), insalubridade, e verifica-se que outros tantos são contratados por diferentes instituições (ONGs, empresas etc.) e são os que apresentam maior índice de precariedade no trabalho. Nesses casos, as relações de poder entre a gestão e os profissionais são muito evidentes e minam qualquer tentativa de reivindicação de direitos, já que a necessidade de trabalhar e as precárias condições de trabalho fragilizam qualquer forma de união. Além disso, a maioria dos profissionais contratados não é sindicalizada, por não se sentir representada pelas instituições.

Categoria 2: Características organizacionais do trabalho em equipe

- ✓ A autonomia se verifica na realização do trabalho de visita domiciliar (VD). O profissional, no campo, define o processo de trabalho, a forma como as visitas são realizadas e os horários em que serão feitas. Foi apontado como fundamental o cumprimento das metas, mas o profissional tem autonomia para escolher a melhor forma de atuar no território.
- ✓ Nessa categoria constata-se que são recorrentes os desvios de função, que vão desde o auxílio na recepção da Unidade Básica de Saúde (UBS), acolhimento aos usuários na unidade, limpeza da unidade entre outros. Embora se configurem como desvios, estes são vistos por alguns profissionais como uma forma de cooperar com a equipe, em virtude das necessidades da unidade, seja devido ao baixo quantitativo de profissionais na UBS e/ou pela grande demanda de usuários. Contudo, destaca-se que o fato de terem sido verificadas relações assimétricas de poder com a gestão, essa “cooperação” pode denotar uma outra faceta da precariedade nas relações de trabalho desta categoria, e camuflar situações de assédio moral no interior da equipe.

- ✓ As reuniões de equipe ocorrem periodicamente, embora não se verifique uma regularidade quando se observa o conjunto das equipes. A coordenação fica a cargo da enfermeira e os processos de trabalho são organizados com apoio e ou orientação desse profissional. Os profissionais relataram que se sentem ouvidos nesses momentos, e podem expressar suas opiniões. No entanto, essa visão contradiz, em parte, os discursos quando eles afirmam que solicitam à gestão o atendimento das demandas dos usuários e há uma grande demora para a realização de algumas ações e, também, quanto às próprias necessidades para a execução do trabalho de campo, como visto no item 1, acima.
- ✓ A divisão de funções é reconhecida pelos profissionais, mas os desvios de função vistos no trabalho dessa categoria podem apontar para o não reconhecimento do “escopo” de trabalho deles, por parte dos demais técnicos em saúde. Na medida em que os ACS podem realizar diferentes “atividades” para cooperar com a equipe, aquilo que é estabelecido para o cumprimento de metas pode não ser executado, ou ser cumprido de forma parcial e precária, já que precisam atender às solicitações que não fazem parte de suas atribuições.
- ✓ O cumprimento de metas é visto como uma prioridade na realização das visitas, ao mesmo tempo em que há um entendimento da necessidade de se cumprir as metas. Por outro lado, essa questão é vista como uma situação que impacta na qualidade do serviço prestado aos usuários.
- ✓ O entendimento sobre quem compõe a equipe da ESF é variável. Mas não há o entendimento sobre a incorporação do ACE na equipe. Isso ocorre em virtude desses profissionais trabalharem de forma diferenciada e terem outra lógica de inserção nos territórios, além de, na maioria dos municípios, os ACE serem vinculados a outros órgãos. O trabalho em conjunto entre essas duas categorias é realizado em momentos específicos, como campanhas e mutirões.
- ✓ Não se atribui grande valor ao uso de tecnologia da informação, pois o preenchimento do e-SUS não é percebido como uma forma de orientar e facilitar o trabalho. Nota-se o uso frequente do WhatsApp, como uma das formas de comunicação entre membros da equipe. A ferramenta é usada para a solução de problemas e imprevistos que surgem em campo, além de ser uma forma de comunicação útil para informar sobre reuniões e assuntos inerentes à UBS e para a solução de demandas urgentes.

Categoria 3: Características relacionais do trabalho em equipe

- ✓ A reunião de equipe é considerada um espaço em que todos os profissionais podem expor suas questões. É também momento de repasse de informações do campo para a equipe, mas, como visto acima, essa percepção precisa ser observada de forma relativa, em virtude de outras características relacionais.
- ✓ Não se verifica integração entre o trabalho do ACS e do ACE, fora em momentos específicos, quando ocorre o trabalho em conjunto. Do mesmo modo, o trabalho dessa categoria com os outros técnicos em saúde acontece de forma pontual, como nas visitas domiciliares aos acamados. Não foi possível identificar se ocorre um planejamento conjunto, entre os diferentes profissionais, no sentido de realizar ações coletivas em prol dos usuários.
- ✓ Reconhecem a importância dos diversos saberes e da hierarquia no interior da equipe. Por outro lado, não se veem reconhecidos pelos outros profissionais. Este reconhecimento ocorre por parte dos usuários, mas não por parte da equipe.
- ✓ A autonomia é destacada como um fator importante na execução das tarefas, assim como a colaboração e o apoio mútuo entre os profissionais.

Categoria 4: Características do território/comunidade

- ✓ Acerca dos territórios, os relatos são de situações de violência nas comunidades atendidas. Isso afeta a qualidade do serviço, pois a precarização do trabalho e a falta de apoio por parte da gestão torna a categoria vulnerável diante de tal estrutura social. Dessa questão emerge outra, de extrema importância, que diz respeito à saúde dos trabalhadores, pois não há grupos de apoio direcionados a eles, atendimento psicológico e ou qualquer outra forma de cuidado em saúde. Há uma evidente contradição, e fica a pergunta: quem cuida dos profissionais da saúde? Há um silêncio total no que se refere à saúde do trabalhador. Eles buscam apoio, na maioria dos casos, em grupos religiosos. O escopo de trabalho do profissional se confunde, em parte, com ações de assistencialismo e, principalmente, com vida privada, pois não há uma separação objetiva entre as atribuições inerentes à função e outras ações que acabam inseridas no processo.
- ✓ A construção de vínculos com os usuários é vista como uma forma de dar credibilidade ao trabalho. A confidencialidade das informações dos usuários obtidas nas visitas

domiciliares aproxima profissionais e usuários, na medida em que a relação de confiança facilita a criação dos vínculos de afetividade e a valorização dos profissionais.

- ✓ Os profissionais conhecem as características sociais e econômicas dos territórios em que atuam.
- ✓ O tráfico de drogas é uma questão recorrentemente observada nos territórios, e é um fator que limita a execução de algumas ações nas comunidades.

Categoria 5: Perfil dos trabalhadores

a) Formação dos trabalhadores

- ✓ A formação inicial para o trabalho é o Ensino Médio, mas grande parte dos profissionais tem formação superior (Graduação, Especialização). A falta de treinamento periódico é apontada como um fator que impacta no trabalho, pois mais conhecimento facilitaria as ações educativas e de orientação aos usuários. Na visão da categoria, os aprendizados influenciam no processo de trabalho, no auxílio aos usuários, já que agregar teoria e prática é uma forma de ampliar o conhecimento técnico e relacional.
- ✓ A formação continuada se dá, principalmente, por meio de palestras de curta duração, sobre temas relacionados às atividades. No entanto, os profissionais entendem que a promoção de um maior número de capacitações é importante.

b) Trajetória profissional e social

- ✓ As experiências progressas desses profissionais são diversificadas. Contudo, suas trajetórias contribuem para o entendimento sobre cuidados. Um fator interessante é que, na maioria dos casos, os profissionais, embora tenham experiências diversas, são moradores das comunidades onde atuam, e têm um conhecimento profundo sobre os territórios e suas principais demandas.
- ✓ Como já visto, muitos profissionais são contratados, mas alguns são estatutários; e a estabilidade econômica é um fator motivador para o ingresso na profissão. Uma questão que merece ser aprofundada diz respeito às diferentes percepções dos dois grupos (contratados e estatutários), quanto às relações na equipe e nos processos de trabalho. Os estatutários têm mais facilidade para reivindicar seus direitos, e serem atendidos (em parte) em suas demandas coletivas.
- ✓ O processo de mobilização social da categoria também é relativo, pois se divide entre contratados, com mobilização incipiente; e estatutários, com atuações frequentes para reivindicar a solução de demandas da categoria.
- ✓ A habilidade de comunicar é vista como fundamental para a abordagem aos usuários.

Categoria 6: Experiência de organização política dos trabalhadores

- ✓ Os profissionais entendem a necessidade de fortalecimento da categoria, embora a sindicalização não seja vista como uma diretriz de apoio às demandas, no caso dos contratados.
- ✓ As principais pautas de reivindicação da categoria giram em torno da melhoria salarial, da incorporação de benefícios e do plano de cargos e salários. Embora não seja explícito, nota-se claramente uma diferenciação entre os profissionais contratados e os estatutários, em relação aos direitos da classe.
- ✓ Alguns direitos não são respeitados pela gestão, como recebimento de adicional de insalubridade, recebimento de gratificação do PMAC, além de uso de protetor solar, uniforme e outros itens, o que interfere na saúde dos trabalhadores.
- ✓ Pode-se dizer que, dentre os profissionais afiliados a sindicatos ou associações, a grande maioria é de estatutários. Por outro lado, os profissionais contratados não se veem representados pelos sindicatos, em suas demandas, e poucos são os afiliados a essas entidades de classe.

Categoria 7: Questões relativas à saúde do trabalhador

- ✓ Não se observa cuidado com a saúde do trabalhador. Eles são diretamente impactados por violência nos territórios, precarização das condições de trabalho, falta de equipamentos de serviço, de proteção (EPIs e outros) e de bolsas adequadas para carregar o material necessário, o que pode ser entendido como reflexo da não valorização profissional por parte da gestão.

Categoria 8: Valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho

- ✓ O ACS se vê como o elo entre os usuários e a equipe da UBS. O valor principal do seu trabalho está atrelado à ajuda dada aos usuários nos territórios. Sentem-se valorizados pelo reconhecimento dos usuários.
- ✓ Compreendem que o trabalho da categoria embasa as ações da equipe.
- ✓ Conhecem as necessidades dos usuários, e isso auxilia a equipe nas ações preventivas voltadas para a comunidade.
- ✓ Consideram que seu trabalho é fundamental para informar as condições de saúde do território e colaborar com o trabalho de outros profissionais da equipe.

- ✓ O acolhimento ao usuário é o ponto central das ações da categoria. É essa ação que fortalece os vínculos confiança e, conseqüentemente, o reconhecimento e a valorização do trabalhador.
- ✓ Reconhecem a importância social que tem a atuação do ACS, mas o trabalho realizado ultrapassa o escopo de suas atribuições (promovem ações sociais).

Categoria 9: Processo de trabalho e saberes profissionais

- ✓ Reconhecem a necessidade de realização de atividades burocráticas (preenchimento de fichas, disponibilização de informações aos usuários no sistema, registro de produção). Contudo, a burocracia é percebida como mais uma tarefa que inviabiliza a execução de outras atividades que, antes, podiam ser feitas de forma mais sistemática (mais tempo para a orientação aos usuários, palestras e outras atividades educativas).
- ✓ As atividades de grupos são realizadas com menor frequência, em virtude da falta de infraestrutura, como: espaço físico, falta de materiais de apoio, pouca capacitação em temas atuais e outras questões que dificultam a execução dessa ação.
- ✓ A definição da rotina de trabalho da categoria é feita pela enfermeira, e os profissionais seguem as orientações dadas pela coordenação. Embora tenham autonomia para a atuação nos territórios onde os processos de trabalho ocorrem, a falta de apoio da gestão constitui uma dificuldade para o exercício das funções.
- ✓ Nota-se que os conhecimentos mais mobilizados pela categoria são de caráter ético-político e relacional.
- ✓ Nos itens anteriores, foram apresentados alguns fatores de desmotivação da categoria, e que aparecem de forma recorrente nas entrevistas. Falta de apoio da gestão municipal, condições inadequadas de trabalho, contratos de trabalho precários e com poucas garantias são exemplos. Essas questões aparecem como uma problemática que interfere nos processos de trabalho e nas relações com os demais profissionais da equipe.
- ✓ Observa-se que as limitações do trabalho do profissional estão relacionadas ao fato de não conseguirem atender plenamente às demandas dos usuários, em virtude da falta de infraestrutura (encaminhamentos muito demorados para especialidades, falta de medicamentos, insatisfação dos usuários etc.).
- ✓ O acolhimento de usuários na unidade é parte das atribuições desses profissionais, além do fortalecimento de vínculos de confiança, escuta e acolhimento. No entanto, nota-se a recorrência de desvio de função. Neste quesito, é fundamental destacar que um planejamento coletivo entre todos os profissionais poderia contribuir para minimizar o

problema. O compartilhamento das atribuições de cada profissional e a realização de um fluxograma de “competências”, ou seja, a compreensão do que cabe a cada categoria, e em que medida o trabalho de uma contribui e fortalece o trabalho da outra, e vice versa, permitiria, aos diferentes trabalhadores, se apropriarem dos múltiplos saberes, além de identificar a importância e a contribuição de cada categoria para o trabalho em equipe.

Categoria 10: Relação entre equipe/trabalhador e a gestão municipal

- ✓ As relações entre os trabalhadores e a gestão municipal são hierarquizadas e eminentemente de poder. Há relatos de imposições e assédio moral por parte dos gestores, diferenciação entre trabalhadores concursados e contratados, no que se refere ao não cumprimento dos direitos trabalhistas, e falta de apoio da gestão ao trabalho da categoria.
- ✓ O reflexo das relações de poder pode ser confirmado pelos relatos da falta de acesso aos gestores, falta de infraestrutura para atender às demandas dos usuários e pouco acesso da população aos serviços.
- ✓ A categoria busca alternativas para a resolução de problemas. Quando necessário, são mobilizados conhecimentos ético-políticos, para a solução de questões que ultrapassam o escopo de trabalho dos profissionais. O objetivo é atender aos casos mais urgentes dos usuários.
- ✓ A questão das precárias relações de trabalho, com poucas garantias, aparece frequentemente nos discursos dos profissionais.
- ✓ Há pouco reconhecimento dos profissionais por parte dos gestores.

Categoria 11: Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade

- ✓ A relação com os usuários é de muita proximidade, respeito, vínculo e confiança, mas a falta de infraestrutura dificulta as ações no campo. Há muita cobrança dos usuários para os ACS, quando demandas não são devidamente atendidas. Portanto, embora relatem a facilidade de acesso aos usuários e a respeitabilidade dessas relações, veem seu trabalho fragilizado em função de questões burocráticas. Questões essas que não dependem diretamente de sua atuação. Sempre que possível, mobilizam conhecimentos ético-políticos para solucionar problemas, sem necessariamente passar pela equipe. O que se torna, no caso, a única alternativa viável para a solução de demandas de usuários

que, em outras circunstâncias, demandaria um tempo maior, apesar de ultrapassar limites do escopo de ação da categoria.

- ✓ Os profissionais acionam diferentes instituições/pessoas para atender as demandas dos usuários, como associações, igrejas, escolas. A morosidade do sistema de marcação de consultas de especialidades é um fator de descontentamento, e os ACS são, por vezes, cobrados e responsabilizados pela situação. O fato leva a uma desqualificação das ações executadas nos territórios, por causa do descrédito da população em relação ao SUS.
- ✓ Falta apoio da gestão para a realização de ações e/ou atividades para grupos prioritários.
- ✓ A extrapolação do horário de trabalho da categoria é uma constante, seja em virtude das ações sociais realizadas para além do escopo de trabalho, seja por demandas extras dos usuários. Na maioria das vezes, as solicitações são atendidas.
- ✓ Os trabalhadores realizam escuta, apoio emocional, aconselhamentos, cuidado e apoio às famílias em situações de conflito.
- ✓ Não foram vistas ações voltadas para a saúde dos trabalhadores.
- ✓ O cumprimento de metas é apontado como uma situação que afeta a qualidade das visitas domiciliares, pois há um entendimento, por parte da categoria, que atualmente se prioriza a quantidade, em detrimento da qualidade. No entanto, há o comprometimento dos profissionais para oferecer o atendimento mais completo possível aos usuários.
- ✓ A categoria relata ser importante o oferecimento de mais cursos de capacitação, para enfrentar conflitos e imprevistos do cotidiano da profissão.

Agentes de Combate a Endemias (ACE)

Categoria 1: Relação entre equipe, institucionalidade e unidade de saúde

- ✓ As condições de trabalho são precárias. Falta EPI e material de trabalho, além de veículos para transporte de material necessário, o que gera desmotivação aos profissionais.
- ✓ A questão salarial também é um fator de desmotivação desses profissionais.
- ✓ O espaço físico inadequado, e/ou a falta dele, foi apresentado como uma questão de desrespeito à categoria.
- ✓ Relatam o não recebimento de gratificação e a não defesa das demandas da categoria por parte dos sindicatos.

- ✓ Não se relacionam diretamente com a ESF, e o quantitativo de profissionais é insuficiente para atender às demandas do campo. Isso acarreta sobrecarga de trabalho para os profissionais, que muitas vezes precisam cobrir áreas que estão sem atendimento por falta de pessoal.
- ✓ Está em curso um processo de transição do ACE para a ESF. Contudo, a relação do profissional com a equipe, quando acontece, é muito restrita. Os trabalhos conjuntos ocorrem esporadicamente, em campanhas e mutirões.

Categoria 2: Características organizacionais do trabalho em equipe

- ✓ Nota-se a dificuldade de realizar um planejamento mais efetivo das ações nos territórios, em função da falta de equipamentos e infraestrutura. Paralelamente, as demandas são sempre urgentes e precisam ser atendidas com celeridade por causa de epidemias.
- ✓ Os profissionais relatam que a equipe se restringe à categoria, pois a relação com a ESF acontece apenas para resolução de demandas específicas (problemas no território, encaminhamento de usuários etc.). Não há planejamento conjunto com a equipe da ESF. Há pouca autonomia para a realização do trabalho, em virtude da especificidade e da técnica inerente ao serviço.
- ✓ A distribuição dos profissionais e o planejamento do campo são realizados pelo supervisor. Não há um planejamento conjunto com os demais profissionais.
- ✓ Há pouco contato da categoria com a equipe da ESF com o ACS. Ocorre esporadicamente para troca de informações e/ou em momentos de campanhas.
- ✓ Os relatos referem que há poucos profissionais para o atendimento das demandas nos territórios.
- ✓ O reconhecimento da divisão das funções e a definição de equipe ficam restritos à categoria profissional.
- ✓ Verifica-se que o foco do trabalho é o cumprimento de metas.
- ✓ Outra questão apontada é que a divisão da área de abrangência é feita por imóveis e quarteirões, diferentemente da divisão feita pela ESF.
- ✓ Notou-se que a inserção da categoria na ESF é de cunho formal.

Categoria 3: Características relacionais do trabalho em equipe

- ✓ A relação entre a equipe é vista como boa. Mas observa-se a prevalência de relações de poder e hierarquia, parte da cultura institucional da categoria, e pouca autonomia para a realização do trabalho.
- ✓ São dadas orientações à população, sobre fatores de risco e identificação de sintomas de doenças, e é feito o encaminhamento de usuários à ESF, para exames laboratoriais.
- ✓ As relações se dão quase que exclusivamente no interior da equipe, entre profissionais da própria categoria.
- ✓ Não há participação da equipe no planejamento das ações da ESF. Os contatos com os profissionais da ESF são esporádicos. E ocorrem quando há uma situação emergencial relacionada a usuários e seus domicílios.
- ✓ O foco da relação entre a equipe são as demandas do território.
- ✓ Observa-se que a categoria reconhece os saberes dos demais profissionais.
- ✓ As reuniões de equipe ocorrem para o repasse das orientações, pelo supervisor, e para a solução de problemas relacionados ao campo ou, ainda, para informes sobre novos métodos e materiais de trabalho.
- ✓ A infraestrutura é apresentada como precária, pois faltam equipamentos e materiais de trabalho, transporte adequado para os territórios, EPIs, entre outras coisas. Os profissionais contratados não recebem insalubridade, dentre outros direitos.
- ✓ O trabalho é colaborativo, e há repasse de informações e orientações para as equipes, por parte do supervisor.

Categoria 4: Características do território/comunidade

- ✓ A violência e o tráfico de drogas nos territórios são apontados como os principais problemas das localidades visitadas. A negociação das visitas com os comunitários é parte do processo de trabalho da categoria.

Categoria 5: Perfil dos trabalhadores

a) Formação dos trabalhadores

- ✓ A escolaridade média da categoria é o Ensino Médio e, diferentemente dos ACS, não se observa incremento de formação acadêmica entre os profissionais.
- ✓ Observa-se que ocorrem poucas capacitações em serviço. O repasse das orientações sobre novos procedimentos e as mudanças na forma de atuação nos territórios ficam sob a responsabilidade da supervisão.

- ✓ O processo de formação e as orientações influenciam o trabalho e as ações educativas no território, pois são vistos como uma forma de aprimoramento das atividades.
- ✓ Reconhecem a importância da formação e da capacitação para o trabalho.
- ✓ Nota-se que o aprendizado está mais relacionado à experiência no campo.

b) Trajetória profissional e social

- ✓ A trajetória profissional pregressa da categoria é diversificada.
- ✓ A forma de contratação temporária e instável de alguns profissionais é vista como um fator de desmotivação, em relação à atuação profissional e à social, já que as condições de trabalho são precárias.
- ✓ A categoria não se vê representada por sindicatos e, em relação ao vínculo empregatício temporário, são poucas as garantias de direitos.
- ✓ O contrato de trabalho é precário, e os profissionais sofrem assédio moral e intimidações de gestores quanto à permanência na equipe. Esse fator gera insegurança e pouca ou nenhuma mobilização política com o objetivo de assegurar e ou garantir direitos.

Categoria 6: Experiência de organização política dos trabalhadores

- ✓ Observa-se que a pauta da categoria é a luta por efetivação (realização de concurso público) e a busca por processos formativos.
- ✓ A forma de organização política é a afiliação ao sindicato, embora os profissionais ainda não se sintam representados enquanto categoria.
- ✓ Observa-se que os profissionais fazem comparações com os ACS, pelo fato dessa categoria ter mais benefícios que a dos ACE (exemplo: gratificação do PMAQ insalubridade).
- ✓ Os contratos de trabalho temporários também são vistos como uma forma de desmobilização da categoria, pois as ameaças de demissão dificultam o posicionamento e a luta por melhores condições de trabalho.
- ✓ A diferenciação ocorre, também, no interior das equipes, entre os profissionais estatutários em detrimento dos contratados, pois os primeiros têm mais direitos.

Categoria 7: Questões relativas à saúde do trabalhador

- ✓ Não são oferecidos EPI's aos profissionais.

- ✓ O uniforme é visto como uma forma de segurança para aqueles que atuam em áreas violentas. No entanto, a gestão não oferece o uniforme completo.
- ✓ Há denúncia do não recebimento de insalubridade por parte dos profissionais que têm contrato de trabalho temporário.
- ✓ Outra questão fundamental que diz respeito à saúde do trabalhador é a falta de proteção adequada para o manuseio de larvicidas. Considerando o não recebimento de insalubridade, é evidente a precarização do trabalho dos profissionais.
- ✓ As condições para a realização do trabalho de campo são precárias, pois não é oferecido transporte aos trabalhadores até os territórios. Quando o serviço é oferecido, não é adequado. Na maioria dos casos, o trabalhador vai a pé para a área de atuação e/ou usa seu próprio meio de transporte, como bicicleta ou moto, sem qualquer ressarcimento de gastos.

Categoria 8: Valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho

- ✓ Os profissionais não se sentem valorizados, em comparação com a categoria profissional dos ACS, devido aos fatores apontados acima. Além disso, há diferenças salariais.
- ✓ Ressalta-se que não há um plano de carreira, nem o pagamento de gratificações que a outra categoria recebe.
- ✓ O valor do trabalho se dá na relação com a comunidade, pois, nessa interação, os profissionais se percebem como importantes para a saúde das pessoas, e o diálogo com os usuários é fundamental e inerente à atividade. Contudo, a percepção de desvalorização da categoria é forte, em relação à gestão.
- ✓ O conhecimento ético-político é demonstrado na condução do trabalho nos domicílios.

Categoria 9: Processo de trabalho e saberes profissionais

- ✓ Os profissionais atuam de acordo com o planejamento estruturado e demandado pela supervisão. São usados mapas das áreas, com horários e metas diárias estabelecidas para o trabalho de campo.
- ✓ A consolidação das visitas é feita semanalmente e informada ao Ministério da Saúde.
- ✓ A falta de materiais é apontada como um fator que impacta na qualidade do trabalho: falta também transporte para a ida a campo e para a condução dos equipamentos.
- ✓ No escopo de práticas, são mobilizados os conhecimentos técnico-científicos para a execução das tarefas.

- ✓ Mobilizam, também, o conhecimento da prática e o relacional para orientar e conversar com os usuários.
- ✓ Não há mudanças significativas na estrutura do trabalho e, neste sentido, os profissionais relatam que o mesmo se torna fácil, por ser rotineiro.
- ✓ Nas visitas aos domicílios, são desenvolvidas ações educativas para que os moradores consigam identificar agentes transmissores de doenças, visando diminuir a incidência de enfermidades.
- ✓ Os profissionais possuem muito conhecimento da área: do território, das técnicas e da melhor forma de abordar os moradores (são saberes que podem ser integrados a outros setores, como no planejamento urbano para o melhor uso de espaços públicos, áreas que demandam maior atenção por parte do poder público, por serem mais vulneráveis, pouco usadas etc.).
- ✓ Nota-se falta de investimento da gestão em vários quesitos: qualificação profissional, melhoria das condições de trabalho e infraestrutura, melhoria salarial, valorização dos saberes e práticas dos profissionais.
- ✓ O vínculo com o morador é apontado como um fator que facilita o acesso aos domicílios e diminui a resistência (conhecimento relacional/comunicação). A experiência é apresentada como a mais efetiva para a realização do trabalho, embora sejam mobilizados conhecimentos técnico-científicos.

Categoria 10: Relação entre equipe/trabalhador e a gestão municipal

- ✓ Relato de não reconhecimento da categoria profissional por parte da gestão.
- ✓ Falta de valorização e investimento nos profissionais.
- ✓ Equipe é reduzida, mas há muita cobrança pelo cumprimento de metas.
- ✓ A tomada de decisões não é feita coletivamente.
- ✓ Pouca relação entre os profissionais e a gestão municipal.

Categoria 11: Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade

- ✓ A relação com a comunidade é boa e a abordagem é a principal estratégia para manter vínculos com os usuários e facilitar o trabalho.
- ✓ Embora não seja uma tendência, houve relato de introdução do uso de GPS no trabalho de campo, em substituição aos mapas feitos à mão. Do ponto de vista do escopo de práticas, pareceu uma inovação em serviço que facilita, sobremaneira, o trabalho dos profissionais.

- ✓ Ainda nessa direção, o uso de tecnologia de informação pode ser uma forma de dinamizar o trabalho dos profissionais e ser ainda um fator de ampliação dos processos de capacitação. Uma das maiores queixas se dá em virtude das poucas capacitações oferecidas. Nesse sentido, buscar alternativas para efetivar formação/capacitação por ensino à distância (EaD) e/ou presencial, por videoconferência, pode ampliar a atuação dos trabalhadores e facilitar o acesso a novos saberes.

Técnicos de Enfermagem (TEEn)

Categoria 1: Relação entre equipe, institucionalidade e unidade de saúde

- ✓ A categoria relata bom relacionamento entre a equipe.
- ✓ A falta de material para a realização de procedimentos, insumos, e infraestrutura impacta na qualidade do atendimento oferecido na UBS.
- ✓ A relação com os demais profissionais é ética.
- ✓ Reconhecem as atribuições dos diferentes profissionais.
- ✓ A promoção do diálogo é a forma destacada para a manutenção do trabalho em equipe e o acolhimento aos usuários.
- ✓ Registro de procedimentos no e-SUS é uma forma de manter a organização do trabalho.
- ✓ Relato de dificuldade na realização de exames e marcação de consultas para especialidades. Isso afeta o atendimento na UBS.

Categoria2: Características organizacionais do trabalho em equipe

- ✓ As reuniões são coordenadas pela enfermeira e ocorrem periodicamente. Têm a finalidade de tratar de assuntos da comunidade, do repasse de informações, de novas orientações, da organização do trabalho da equipe, de resoluções de problemas da unidade, da busca ativa e de campanhas de vacinação.
- ✓ Não se observa o reconhecimento do ACE como parte da equipe.
- ✓ Capacitações e participações em treinamentos são decididas pela gestão.

Categoria 3: Características relacionais do trabalho em equipe

- ✓ Boa relação com a equipe e atividade voltada para o cumprimento de metas, além de resolutividade dos processos de trabalho.
- ✓ Poucos treinamentos e capacitações.
- ✓ O saber dos técnicos é legitimado pela categoria.

- ✓ Relações de disputa com profissionais de nível superior (enfermeiros/as) são observadas, no que se refere ao escopo de trabalho. Há relatos de tarefas que antes eram realizadas por técnicos e que, atualmente, estão a cargo de enfermeiros.
- ✓ Há uma relação de poder e conflito implícito na relação dos técnicos com os enfermeiros, e que dizem respeito à abrangência de atuação de cada categoria.
- ✓ A categoria não se sente plenamente ouvida em suas demandas.
- ✓ Há relatos de desvio de função, em virtude da falta de funcionários, e de extrapolação do horário de trabalho.

Categoria 4: Características do território/comunidade

- ✓ São realizadas poucas atividades nos territórios, em virtude da grande demanda de trabalho na UBS, e são atendidos os casos prioritários, de acordo com as possibilidades.
- ✓ Relato de grande número de usuários de drogas e de violência nos territórios.

Categoria 5: Perfil dos trabalhadores

a) Formação dos trabalhadores

- ✓ A formação inicial dos profissionais para o trabalho é o curso técnico de enfermagem.
- ✓ Relato de poucas capacitações voltadas especificamente para os técnicos de enfermagem.
- ✓ Os treinamentos são palestras e cursos de curta duração, quando há mudanças nos procedimentos técnicos.
- ✓ O processo de aprendizagem se dá por meio da formação técnica, pela prática no dia a dia e, também, pela orientação de enfermeiros.
- ✓ Relato de demora no repasse das orientações por parte da enfermagem, no que se refere a novos procedimentos e mudanças na área, já que esse técnico atua como multiplicador na UBS. Na opinião dos técnicos, os conhecimentos devem ser passados por meio de treinamento em serviço. É uma questão que impacta no escopo de trabalho, na medida em que alguns processos são muito específicos, como vacinação, e necessitam de atualização constante.

b) Trajetória profissional e social

- ✓ A trajetória pregressa desses profissionais é diversificada.

- ✓ Não se verifica a participação dos profissionais da categoria em movimentos sociais organizados.
- ✓ Nota-se a realização de trabalhos voluntários, de caráter religioso, com mobilização dos saberes técnicos (exemplo: auxílio aos usuários fora do horário de trabalho e trabalhos voluntários em clínicas, postos de atendimentos e hospitais).

Categoria 6: Experiência de organização política dos trabalhadores

- ✓ Pouca ou nenhuma participação em sindicatos.

Categoria 7: Questões relativas à saúde do trabalhador

- ✓ O desvio de função é decorrente da falta de funcionários. É visto como um incômodo e uma frustração, já que, por conta disso, têm que realizar tarefas que não fazem parte de seu escopo de trabalho.
- ✓ Relato de falta de EPIs, que não são fornecidos pela gestão ou são fornecidos em quantidade insuficiente para o atendimento aos usuários.

Categoria 8: Valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho

- ✓ O valor está relacionado aos resultados do trabalho, melhora e cura dos usuários.
- ✓ O atendimento feito com os usuários é entendido como um valor.
- ✓ A ética profissional e o cuidado com os pacientes são vistos como uma questão de humanização do trabalho.
- ✓ Os profissionais não se sentem reconhecidos pela gestão.
- ✓ A falta de material é percebida como um fator que impacta na qualidade e, principalmente, nas condições de trabalho.

Categoria 9: Processo de trabalho e saberes profissionais

- ✓ Os técnicos consideram que há autonomia para a realização de suas atribuições e tarefas cotidianas.
- ✓ Mobilizam o conhecimento técnico-científico e as habilidades relacionais para lidar com os usuários.
- ✓ A prática adquirida no cotidiano complementa o conhecimento teórico.
- ✓ A infraestrutura é apontada como um dos maiores problemas (exemplo: falta de medicamentos, material para curativo etc.).

- ✓ A experiência é vista como uma fonte de saber para a resolução de imprevistos.

Categoria 10: Relação entre equipe/trabalhador e a gestão municipal

- ✓ Pouca relação com a gestão municipal.

Categoria 11: Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade

- ✓ A relação com as comunidades é boa, mas há relatos de desacato, por parte dos usuários, quando as demandas deles não são atendidas.
- ✓ A estratégia de comunicação com os usuários é fundamental para a aproximação e a adesão aos tratamentos.
- ✓ A relação assistencial com a comunidade tem o objetivo de mediar conflitos e diminuir as queixas por falta de atendimento, medicamentos e material de curativo.

Técnicos em Saúde Bucal (TSB)

Categoria 1: Relação entre equipe, institucionalidade e unidade de saúde

- ✓ Pouca relação com os membros da equipe, em virtude da especificidade do trabalho.
- ✓ Falta de infraestrutura para o atendimento aos usuários.
- ✓ Falta de equipamentos de trabalho.
- ✓ Os desvios de função são relatados e ocorrem quando é necessário auxiliar a equipe.

Categoria 2: Características organizacionais do trabalho em equipe

- ✓ Para a categoria, há integração entre a equipe.
- ✓ O uso de tecnologia da informação tem sido incorporado ao trabalho.
- ✓ A categoria reconhece que há um núcleo de trabalho mais restrito, enquanto equipe (exemplo: ASB, TSB, dentista), que está incorporado a uma estrutura maior envolvendo os demais profissionais da ESF.
- ✓ Apontam a falta de componentes na equipe como uma questão que impacta no trabalho, já que essa problemática ocasiona desvios de função.
- ✓ Os problemas estruturais, como falta de segunda cadeira no consultório para o atendimento aos usuários, salas pequenas etc., também são indicados como prejudiciais ao pleno desenvolvimento do trabalho.
- ✓ A execução do trabalho da categoria é feita de acordo com os protocolos estabelecidos para a função.

Categoria 3: Características relacionais do trabalho em equipe

- ✓ Observa-se que as relações se restringem aos procedimentos inerentes ao trabalho.
- ✓ Há relato de disputas entre TSB e dentistas e prevalência de relação hierárquica.
- ✓ Os profissionais não se sentem ouvidos em suas sugestões e/ou demandas.
- ✓ Há pouca interação com a equipe da ESF.
- ✓ São realizadas palestras de promoção de saúde bucal nas escolas e, em alguns casos, em parceria com os ACS.
- ✓ Os ACE não são mencionados como integrantes da equipe.

Categoria 4: Características do território/comunidade

- ✓ Relato de risco social e de violência nas comunidades atendidas.

Categoria 5: Perfil dos trabalhadores

a) Formação dos trabalhadores

- ✓ A formação dos profissionais é o Ensino Médio e o curso técnico em saúde bucal.
- ✓ Relato de pouca ou nenhuma oferta de capacitação para a categoria.
- ✓ Embora não seja uma tendência, o relato destacado pode ser apontado como uma boa prática: *“Mensalmente, acontece a ‘educação permanente’, reunião conduzida pela coordenação municipal, na qual todas as equipes do município trocam experiências do trabalho nas unidades de saúde, e repassam as diretrizes de trabalho da coordenação de saúde bucal do município, para alinhar a forma de atendimento entre as equipes.”* (Patos de Minas).

b) Trajetória profissional e social

- ✓ Apesar das trajetórias profissionais serem diversificadas, grande parte dos profissionais já atuava na área da saúde (como ajudante de dentista, por exemplo).

Categoria 6: Experiência de organização política dos trabalhadores

- ✓ Pouca ou nenhuma participação sindical. Não se observa participação em movimentos sociais e/ou organizações políticas.

Categoria 7: Questões relativas à saúde do trabalhador

- ✓ Os profissionais relatam a importância do cuidado com material cortante e de assepsia.

- ✓ Observam que a infraestrutura não atende às necessidades (espaço físico inadequado, falta de segunda cadeira, pressão para o cumprimento de metas, falta de condições adequadas para o desenvolvimento das atividades).

Categoria 8: Valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho

- ✓ O valor do trabalho é percebido através do atendimento oferecido aos usuários.
- ✓ Compreendem a importância do trabalho de saúde bucal, em virtude da necessidade e da carência da população, mas há desmotivação devido à infraestrutura inadequada.

Categoria 9: Processo de trabalho e saberes profissionais

- ✓ Maior uso do conhecimento técnico-científico, mas também da prática, a partir do desenvolvimento da profissão.
- ✓ O conhecimento relacional é acionado no trato com os usuários.
- ✓ Os profissionais têm autonomia para organização de atividades protocolares.
- ✓ Os desvios de função relatados com mais frequência são: ajuda na recepção, entrega de exames e limpeza da unidade. Por outro lado, os profissionais informam que a não realização de algumas atividades prescritas ocorre por falta de materiais e equipamentos de trabalho.
- ✓ Reconhecem as atribuições legais da profissão.

Categoria 10: Relação entre equipe/trabalhador e a gestão municipal

- ✓ A maioria dos profissionais é concursada, e não se observa conflitos em virtude de demandas relacionadas aos direitos da categoria.
- ✓ A falta de componentes na equipe impacta na efetividade do trabalho, pois o atendimento aos usuários fica precarizado.
- ✓ Os profissionais têm pouca relação com a gestão.

Categoria 11: Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade

- ✓ Relatos de bom relacionamento com a comunidade.
- ✓ Os atritos com os usuários ocorrem em virtude da falta de infraestrutura (demora no atendimento, falta de material, falta de vagas, remarcação de consultas etc.).

Auxiliares de Saúde Bucal (ASB)

Categoria 1: Relação entre equipe, institucionalidade e unidade de saúde

- ✓ Relato de pouca relação com os membros da equipe.
- ✓ Falta de infraestrutura para o atendimento aos usuários.

Categoria 2: Características organizacionais do trabalho em equipe

- ✓ Reconhecem a divisão de tarefas na equipe.
- ✓ As atividades da categoria são executadas de acordo com normas e protocolos estabelecidos.

Categoria 3: Características relacionais do trabalho em equipe

- ✓ Boa relação entre a equipe
- ✓ Há legitimação dos saberes dos demais profissionais. Contudo, nota-se que a relação desses profissionais é mais próxima com os dentistas.

Categoria 4: Características do território/comunidade

- ✓ A relação com a comunidade ocorre, prioritariamente, na UBS.

Categoria 5: Perfil dos trabalhadores

a) Formação dos trabalhadores

- ✓ A formação dos profissionais é o Ensino Médio e curso de auxiliar de saúde bucal.
- ✓ Relato de pouca formação continuada e, quando ocorre, a participação dos profissionais é definida pela gestão.
- ✓ Os saberes mobilizados por esses profissionais, embora sigam protocolos, são os aprendidos por meio da experiência.

b) Trajetória profissional e social

- ✓ Atuação pregressa na área da saúde (exemplo: auxiliares de dentista em consultórios particulares).
- ✓ As experiências anteriores contribuem para a execução do trabalho.

Categoria 6: Experiência de organização política dos trabalhadores

- ✓ Não se verifica participação da categoria em sindicatos e/ou organizações políticas.

Categoria 7: Questões relativas à saúde do trabalhador

- ✓ Os desvios de função são vistos como problemas que, embora sejam denunciados pelos profissionais, não são resolvidos pela gestão.
- ✓ Os conhecimentos mobilizados são os saberes da prática.
- ✓ Reconhecem a importância do uso de EPI.

Categoria 8: Valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho

Não constam informações.

Categoria 9: Processo de trabalho e saberes profissionais

- ✓ Mobilização de conhecimentos técnico-científico, relacional e prático. Relato de desvio de função. Falta de material impacta na execução dos procedimentos.

Categoria 10: Relação entre equipe/trabalhador e a gestão municipal

- ✓ Boa relação com a gestão. Falta de material impacta na qualidade do serviço e no cumprimento de metas. Contrato de trabalho temporário.

Categoria 11: Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade

- ✓ A relação com os usuários é boa.
- ✓ Os profissionais buscam resolver as demandas dos usuários.

4.1.1. O processo de trabalho dos trabalhadores técnicos das equipes da Saúde da Família investigadas: dados agregados das observações de campo

Categoria 1: Relação entre equipe, institucionalidade e unidade de saúde

- ✓ A articulação entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a ESF poderia ser mais efetiva, se a atuação da gestão fosse mais atuante.
- ✓ Não se verificam ações integradas entre a ESF e o NASF³.
- ✓ Os dados que são coletados por meio das visitas domiciliares são repassados para a Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de apresentar o cumprimento das metas.

³Apenas em Recife, verificou-se que o NASF faz reuniões periódicas com as equipes. Uma prática que foi ressaltada, e que merece destaque, são as reuniões mensais chamadas “Cuidando do Cuidador”. Ao longo das entrevistas com todas as equipes, notou-se que os profissionais, principalmente os ACS e ACE, não contam com qualquer assistência social e ou psicológica, fundamental para a saúde mental e emocional deles. Afinal, são eles que lidam com todos os problemas relacionados aos usuários e, muitas vezes, os absorvem. Como realizam multitarefas com o objetivo de atender às necessidades da população, é possível identificar, nos depoimentos, que falta o apoio da gestão para as atividades nas comunidades.

Contudo, não se observa, por parte dos profissionais, uma reflexão sobre essas informações.

- ✓ Na visão dos ACS, a qualidade das visitas domiciliares poderia ser maior se não houvesse a necessidade de atingir as metas. Houve relatos de que algumas atividades deixam de ser feitas, em virtude da falta de tempo.
- ✓ Os desvios de função são recorrentes na UBS. Com isso, os profissionais mais demandados a cooperar nas atividades não prescritas são os ACS.

Categoria 2: Características organizacionais do trabalho em equipe

- ✓ Os ACS trabalham no acolhimento aos usuários dentro da UBS, e há desvios de função, já que se revezam na recepção da unidade.
- ✓ Uma recomendação da pesquisa de campo é que os profissionais sejam orientados por uma carteira de serviços ou que tenham ciência das atribuições de suas funções, pois os desvios de função são recorrentes.

Categoria 3: Características relacionais do trabalho em equipe

- ✓ Reconhecimento do saber dos diferentes profissionais. No entanto, há muitos desvios de função, principalmente dos ACS, o que denota o não reconhecimento efetivo do saber desses profissionais pelos demais membros da equipe.

Categoria 4: Características do território/comunidade

- ✓ Casos de violência são citados constantemente como um fator que interfere no pleno desenvolvimento das atividades nos territórios.
- ✓ Observa-se a diferença na lógica de territorialização que diferencia o trabalho dos ACS e dos ACE.

Categoria 5: Perfil dos trabalhadores

- a) Formação dos trabalhadores
 - ✓ Poucas capacitações em serviço. Os processos formativos e de treinamentos se restringem a capacitações e ou palestras de curta duração.
- b) Trajetória profissional e social
 - ✓ A categoria que apresenta maior trajetória de atuação social, para além das atribuições profissionais, é o ACS.

Categoria 6: Experiência de organização política dos trabalhadores

Não constam informações.

Categoria 7: Questões relativas à saúde do trabalhador

- ✓ O contexto de vulnerabilidade (assédio moral, violência, pressão pelo cumprimento de metas etc.) afeta a qualidade de vida dos trabalhadores.
- ✓ A falta de EPI's é relatada especialmente pelos ACS e ACE, além de desvios de função.

Categoria 8: Valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho

- ✓ A pouca oferta de cursos de capacitação é vista, por alguns profissionais, como falta de reconhecimento dos trabalhadores da saúde por parte da gestão.

Categoria 9: Processo de trabalho e saberes profissionais

- ✓ Não há muitos relatos de atividades educativas. Quando ocorrem, tratam de ações que se reportam a contextos passados. Os relatos dão conta de que as novas demandas por cumprimento de metas dificultam a realização dessas atividades, já que a maioria dos ACS refere que as visitas domiciliares são feitas de forma mais rápida. Além disso, algumas atividades, antes realizadas, passaram a ocorrer esporadicamente.
- ✓ Os técnicos possuem grande apropriação de seus processos de trabalho. Neste sentido, reconhecem a importância de sua atividade no contexto da equipe.
- ✓ No entanto, quando há desvios de função, o nível de insatisfação dos profissionais é visível, e denota uma visão da falta de reconhecimento do trabalho dos profissionais (em geral) por parte da gestão.
- ✓ Os desvios de função dos ACS acirram as divergências quanto ao escopo de práticas desses profissionais.
- ✓ Os ACS ultrapassam o limite do prescrito para suas práticas, visando atender às demandas dos usuários. Ainda se observa que, em alguns municípios, os ACS não são concursados e isso aumenta a precariedade e a vulnerabilidade do trabalho desses profissionais.
- ✓ Manifestam conhecimentos de cunho técnico-científico, relacional e ético-político. No escopo de práticas dos profissionais, a mobilização dos conhecimentos depende do contexto de trabalho.

Categoria 10: Relação entre equipe/trabalhador e a gestão municipal

- ✓ Há relatos de assédio moral por parte de membros da gestão. Além disso, há contratos precários de trabalho, o que torna os profissionais vulneráveis frente à gestão e ainda dificulta a luta por direitos, pois os profissionais se sentem acuados e com receio de serem dispensados. Essa condição é mais evidente no caso dos ACS e ACE. Essas categorias também se sentem pouco reconhecidas por outros integrantes da equipe e pela gestão. Esse é um fator que fragiliza a integração entre os diferentes trabalhadores, e os leva a não se sentirem legitimados em seus saberes.

Categoria 11: Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade

- ✓ A relação dos profissionais com os usuários é de acolhimento, mas percebe-se que há uma visão assistencialista, por parte dos trabalhadores, que ultrapassa o escopo de trabalho na UBS. É interessante notar que a busca por ir além do modelo biomédico de atendimento aos usuários passa pelas ações conjuntas com o NASF. Contudo, não se pode dizer que essas ações estão coordenadas e integradas, com vistas a atender plenamente às necessidades dos usuários. Isso ocorre tanto do ponto de vista das ações de prevenção, como das questões psicossociais comumente identificadas nas visitas domiciliares feitas pelos ACS. Se, de fato, as equipes trabalhassem de forma integrada, tais encaminhamentos seriam facilitados e, conseqüentemente, promoveriam a humanização esperada pela ESF.
- ✓ Percebe-se que os profissionais buscam criar vínculos de confiança com os usuários, para ampliar a adesão dos mesmos aos atendimentos regulares que são realizados na UBS.
- ✓ Uma característica que precisa de aprofundamento da pesquisa é a visão de caráter religioso, no sentido de verificar em que medida crenças morais/religiosas permeiam o trabalho dos profissionais e como podem afetar/interferir no trabalho realizado na Atenção Básica.

Com base na análise das diferentes categorias que atuam na Estratégia Saúde da Família, tendo como foco o impacto da atividade de cada uma e suas implicações para o trabalho da equipe, observa-se que a formação dos profissionais está de acordo com as diretrizes programáticas de cada profissão. São poucos os casos de “leigos”, ou seja, que aprenderam a profissão com o auxílio de outro profissional (exemplo: auxiliares de saúde bucal, cujos saberes

foram orientados por dentistas), ou dos que passaram pelo processo de formação inicial após a inserção na profissão.

Contudo, é possível dizer que os profissionais relatam a necessidade de maior oferta de capacitação e treinamento em serviço, para promover a atualização dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. A finalidade é oferecer aos usuários melhor orientação.

Por outro lado, verifica-se que os profissionais buscam se atualizar para atender às demandas surgidas nas atividades cotidianas, e pode-se avaliar que os profissionais mobilizam a experiência acumulada para a resolução de problemas nos territórios, como também seus saberes e competências aprendidos formalmente (escola, curso técnico, graduação e pós-graduação, capacitações etc.) e informalmente (troca de experiência com outros profissionais, por meio da trajetória familiar, social etc.).

No entanto, não se pode dizer que a mobilização dos diferentes saberes é agregada ao trabalho em equipe. O que se observa é que o uso desses saberes é direcionado para atender às demandas de suas atribuições, mas não necessariamente para fortalecer e aprimorar o trabalho em equipe. Não se identifica, por parte dos profissionais, a percepção de que há fluxograma de funcionamento da Estratégia Saúde da Família, envolvendo ações de codependência de cada um deles para o funcionamento da estrutura desenhada. O pleno funcionamento da ESF depende de ações de acompanhamento aos usuários, nos territórios, praticadas pelos ACS. Paralelamente, é fundamental que as informações e *feedbacks* sejam dados pela equipe a esses profissionais, com a finalidade de obter ações mais assertivas sobre a abordagem aos usuários, busca ativa e acompanhamento dos grupos prioritários.

Portanto, embora as ações de todos os profissionais sejam executadas em prol do atendimento aos usuários, não se pode dizer que há um trabalho em equipe de forma coordenada, apesar de haver colaboração e cooperação entre os trabalhadores. No entanto, essa cooperação se confunde com os desvios de função e, neste âmbito, se distancia do sentido estrito do termo, na medida em que o processo colaborativo fica distorcido devido aos desvios verificados no decorrer do trabalho de campo.

Considerando as interações entre membros da equipe, não é possível visualizar um trabalho de equipe “integração”, ou seja, uma conexão voltada para a atenção aos usuários que contemple o reconhecimento dos saberes e práticas dos profissionais como indispensáveis ao aprimoramento da ESF. As interações na equipe têm limites e não se verifica, por parte da gestão, a promoção de ações para mitigar o problema, e garantir que a estrutura de trabalho em equipe planejada para a ESF funcione de forma efetiva e eficiente.

A ausência de uma planificação do trabalho em equipe interfere nas relações entre os trabalhadores, que não se veem reconhecidos pela gestão. Essa percepção se reflete no trabalho, pois, em todos os municípios pesquisados, averiguou-se a recorrência de desvios de função e a ausência de integração entre os diferentes profissionais. Isso afeta a execução do trabalho multiprofissional.

Numa avaliação do processo de trabalho das categorias profissionais, é possível inferir que há questões essenciais que necessitam ser encaminhadas, para fortalecer o trabalho das equipes da ESF e, ao mesmo tempo, qualificar o atendimento aos usuários das UBS. São elas.

- ✓ Valorização e reconhecimento dos saberes dos diferentes profissionais e integração de suas propostas para o conjunto das ações. Ressalta-se que uma fala recorrente de diferentes profissionais foi a de que “*não se sente ouvido*”. Essa questão contribui para desmotivar os profissionais no engajamento à equipe, por não perceberem o interesse da gestão em ouvir suas opiniões.
- ✓ Melhoria e promoção de ações voltadas para a saúde do trabalhador.
- ✓ Capacitações e treinamentos para os profissionais (oficinas para troca de experiências, cursos na modalidade EaD), para facilitar e ampliar o acesso a novos conhecimentos e atender a um maior quantitativo de trabalhadores.
- ✓ Garantia de direitos trabalhistas para as diferentes categorias, visando a melhoria das condições de trabalho e a progressão na carreira, pois essas são formas de valorizar e recompensar os profissionais pelo bom serviço executado.

Por fim, é importante considerar que o diagnóstico realizado pela pesquisa é exploratório e verifica-se que há muitos desdobramentos possíveis. É com essa expectativa que se tem tais indicações, com a clareza de que esse levantamento possibilitou conhecer, *in loco*, a realidade desses profissionais.

4.2. O perfil das equipes de Saúde da Família no Brasil

4.2.1 Escolaridade

A construção das variáveis que se seguem teve como objetivo identificar as formas assumidas pela escolaridade de trabalhadores técnicos da saúde, nas diferentes equipes de Saúde da Família investigadas durante a pesquisa. Em última instância, as variáveis têm o intuito de esboçar o perfil de escolaridade assumido pelas ocupações técnicas na Estratégia Saúde da Família no Brasil.

No decorrer da análise, a questão sobre escolaridade proposta no projeto de pesquisa (qual o perfil de escolaridade para o trabalho técnico nas equipes de Saúde da Família) foi subdividida nas seguintes variáveis: *escolaridade de entrada; escolaridade atual; e incentivos e obstáculos à formação*. Através do olhar transversal acerca das três categorias, foi possível identificar as condições em que se dão a escolaridade de entrada e a elevação da escolaridade em serviço de trabalhadores técnicos empregados no SUS. Os resultados são apresentados abaixo.

4.2.1.1. Escolaridade de entrada

Dos trabalhadores entrevistados, a grande maioria ingressou na Equipe de Saúde da Família tendo já concluído o Ensino Médio. Níveis de escolaridade inferiores são mais frequentes entre os Agentes Comunitários de Saúde, mas também podem ser observados entre os Agentes de Combate a Endemias e os Auxiliares de Saúde Bucal. As duas primeiras categorias podem ser caracterizadas pela não exigência de formação profissional específica para o exercício da atividade. No que diz respeito aos ASB, apesar da ocupação demandar registro em órgão de classe (Conselho Regional de Odontologia), esse registro pode ser obtido por meio de um documento de certificação de prática, desde que assinado por cirurgião-dentista responsável. O número de trabalhadores técnicos que inicia as atividades na ESF cursando, ou tendo cursado, a graduação não é relevante, e não segue um padrão por equipe ou categoria profissional.

A partir desses dados, é possível inferir que a exigência de formação profissional específica, sobretudo a do Ensino Médio, contribui para a elevação dos níveis de escolaridade nas eSF. Quando considerada a centralidade quantitativa das ocupações técnicas no setor saúde (GIRARDI, 2013), os achados da pesquisa vão ao encontro dos estudos de Deddeca (2008), que afirmam os elevados níveis de escolaridade do setor quando comparado aos demais nichos de atividades no Brasil.

4.2.1.2 Elevação da escolaridade em serviço e incentivos e obstáculos à formação

As informações acerca da escolaridade de entrada e da escolaridade atual, declaradas pelos trabalhadores entrevistados, permitiu identificar se há ou não uma tendência de elevação da escolaridade dentro das equipes de Saúde da Família. Através de uma terceira variável, denominada “*incentivos e obstáculos à formação*”, foi possível isolar as condições sob as quais os técnicos de saúde acessam o sistema educacional formal, quando em serviço.

Ainda que discreto, o volume de técnicos que elevou sua escolaridade foi significativo. Os maiores índices de elevação estão atrelados, justamente, aos trabalhadores que registraram os níveis mais baixos de escolaridade de entrada, representados pelos ACS. O dado ganha destaque, sobretudo, quando são considerados aqueles que acessaram o Ensino Superior e a formação profissional de nível médio em um contexto nacional precário.

Ao comparar os dados por equipe, pode-se afirmar que as eSF contempladas pelas políticas públicas de educação em saúde têm mais trabalhadores que passaram pelo sistema educacional formal do que as demais. De forma geral, percebe-se a incidência significativa de programas sociais oriundos do terceiro setor. Entre eles, a oferta de cursos gratuitos, ou barateados, por organizações não governamentais e bolsas de estudo fornecidas por universidades particulares. Além disso, há também políticas públicas de educação, que vão desde a oportunidade de formação técnica pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, até a oferta de vagas no ensino público. Todos esses incentivos foram verificados na trajetória educacional daqueles que elevaram sua escolaridade em serviço.

Ainda no que diz respeito aos obstáculos e incentivos à formação, a falta de horário disponível para estudar – no caso das mulheres, agravada pela junção da jornada de trabalho na eSF e no lar – aparece como o principal fator limitador para dar continuidade à trajetória educacional do trabalhador. Em contrapartida, formações ofertadas em parceria com a instituição de saúde, gratuitas e durante o turno de trabalho ou à distância, aparecem como facilitadores do processo.

A partir do exposto, conclui-se que o acesso aos programas sociais e às políticas públicas de educação é fator determinante na elevação da escolaridade da força de trabalho de nível técnico nas eSF. Em estudo anterior, Corôa (2015) afirmou que a carga horária das ocupações técnicas em saúde (organizada em hospitais e clínicas por escalas e plantões) se torna atrativa para aqueles que pretendem trabalhar para pagar seus estudos, o que configura o posto de trabalho, cada vez mais, como um lugar de passagem. Os achados da presente pesquisa se colocam como contraponto às afirmações da autora, ao traduzirem uma realidade específica no interior das equipes de Saúde Família, com regimes de contratação diferenciados, e com trabalhadores que cumprem, em sua maioria, uma jornada de trabalho formal de 40 horas semanais.

4.2.1.3 Formação inicial e continuada

Em consonância com uma das questões iniciais da pesquisa (a formação inicial e continuada ofertada ao trabalhador técnico é compatível com o processo de trabalho real?), o

estudo teve como objetivo apreender o perfil da formação oferecida pelo Sistema Único de Saúde⁴ aos trabalhadores técnicos que integram as eSF no Brasil. A partir das variáveis *formação inicial e formação continuada*, buscou-se desvendar as experiências formativas reais, pelas quais passam os profissionais para atuarem na atenção básica. Uma terceira variável, *aspectos positivos e negativos da formação*, complementou a análise, para identificar a percepção do trabalhador acerca dessas ações e seus impactos no cotidiano de trabalho nas equipes.

a) Formação inicial

A partir de análise comparativa, percebe-se que não há um padrão, no que tange ao formato das ações educativas que visam preparar o profissional técnico para o início das atividades nas eSF. Mais do que isso, é possível afirmar que a oferta de capacitação inicial pelo empregador não é uma prática instituída no Sistema Único de Saúde.

Dentre os trabalhadores que passaram por esse tipo de formação, vale destacar que a maioria pertence às categorias de ACS e ACE. Este dado está relacionado ao fato de que essas ocupações dispensam formação específica para o ingresso no cargo, o que pressiona as instituições de saúde a ofertarem algum tipo de capacitação para o exercício da função. Ainda assim, boa parte dos ACS relata ter recebido apenas treinamento em serviço, fornecido pelos ACS mais antigos da equipe.

Com base na fala dos entrevistados, conclui-se, então, que as ações que visam a formação inicial dos trabalhadores técnicos presentes nas eSF são insatisfatórias, pois são escassas na oferta. Ao mesmo tempo, a importância dessas capacitações iniciais é reconhecida pelo trabalhador. Vale ressaltar que a categoria profissional que mais se expressou acerca do problema foi a dos trabalhadores técnicos e auxiliares de enfermagem. Não por acaso, aqueles que menos apresentam registros de formação inicial. Estes profissionais destacam a especificidade do trabalho na atenção básica, que se diferencia daquele executado nas demais instituições de saúde, e a superficialidade com que essa temática foi abordada nos cursos profissionais que fizeram. Assim, relataram dificuldades na execução do trabalho, quando do

⁴ De acordo com a Lei nº 8.080 (Brasil, 1990) a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde se coloca como uma das atribuições da gestão do Sistema Único de Saúde. Para efeito de análise, consideramos formação inicial e continuada as formações ofertadas aos trabalhadores das eSF, pelos diferentes níveis de gestão do SUS, através da instituição com a qual mantêm vínculo empregatício.

início das atividades na eSF, e afirmaram terem aprendido o trabalho na prática, ou seja, no cotidiano de serviço.

b) Formação continuada

Os quadros revelam que o modelo de formação continuada difundido nas eSF assume a forma de capacitações de curta duração (palestras, cursos, oficinas etc.). Com temas variados, e promovidas durante o horário de trabalho, têm como público alvo os trabalhadores técnicos das equipes como um todo, não havendo recorte por categoria profissional. Em sua grande maioria, são ações promovidas pelas secretarias municipais de saúde, mas há evidências de parceria com os demais níveis de governo, com instituições de classe e com universidades públicas.

As iniciativas que visam à formação de trabalhadores, e que ganham status de qualificação profissional reconhecidas no mercado de trabalho, são aquelas oriundas de programas e políticas promovidas pelo Governo Federal e vinculadas ao Ministério da Saúde. Este é caso dos cursos direcionados aos ACS (introdutório e técnico), cuja realização já pode ser afirmada como uma tendência das eSF no Brasil. Nesse sentido, um segundo exemplo seria o do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que não aparece como uma tendência das equipes, mas é citado constantemente por trabalhadores que ampliaram sua formação em serviço.

De acordo com os trabalhadores, nas capacitações de curta duração são abordados temas que perpassam a realização do trabalho e a promoção da saúde da população. São por eles classificados como cursos de atualização aqueles destinados a explicar o manuseio de novas ferramentas de trabalho (sistemas de inserção de dados, vacinas, larvicidas etc.), e que trazem informações sobre novas demandas da área coberta pela equipe (febre chicungunha e zika vírus, por exemplo). Os cursos cujos conteúdos têm a ver com a promoção da saúde abrangem temáticas pertinentes à atenção básica, como saúde da mulher, cuidado ao idoso, hipertensão, diabetes, entre outros.

Ainda que alguns trabalhadores tenham se referido ao Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus) como uma das formações oferecidas pelas instituições, apenas um número reduzido citou ter passado por capacitações sobre a Estratégia Saúde da Família e seu funcionamento. Além disso, pode-se perceber que raramente são ofertados cursos com conteúdos específicos de determinado campo científico profissional. Nesse sentido, cabe sublinhar duas situações encontradas durante a pesquisa. A primeira consiste no fato de que existem equipes em que as palestras são ministradas, ao mesmo tempo, para os trabalhadores e

para os membros da comunidade. Entre os profissionais, têm um caráter de qualificação. Já para os usuários, são entendidas como atividades de promoção e educação em saúde.

A segunda situação diz respeito à significativa presença de lógicas de formações em que o trabalhador assume o papel de multiplicador de conhecimento para os demais trabalhadores da equipe. Isto é: a equipe se divide por escala e seleciona um técnico para participar presencialmente das capacitações, e ele fica responsável por passar as informações aprendidas aos colegas. A maior incidência deste tipo de organização foi verificada entre os ACE, em alguns casos podendo ser identificada como a única forma de capacitação disponível. Assim, em última instância, podemos inferir que a formação continuada implementada no âmbito das eSF assume contornos de atividades de educação em saúde para trabalhadores da saúde, que devem se portar como multiplicadores do conhecimento, tanto na unidade quanto no território.

c) Possibilidades e desafios da formação inicial e continuada

Todos os trabalhadores entrevistados foram capazes de reconhecer a importância de formações iniciais e continuadas para a realização da sua atividade. Como já citado, os técnicos valorizam a experiência da formação inicial para ingresso na eSF. Ressaltam a especificidade assumida pelo trabalho em saúde, neste contexto, e a deficiência do sistema de formação profissional convencional para dar conta do conteúdo real da ocupação na atenção básica. Nesta perspectiva, a oferta de capacitação inicial, em nível institucional, pode ser interpretada como uma ferramenta eficiente e indispensável na qualificação de trabalhadores da saúde para a atuação na Estratégia Saúde da Família. Em contrapartida, a sua situação atual, em que se identifica a pulverização e a escassez de ações nesse sentido, se coloca como demanda para a gestão.

No que tange aos impactos da formação continuada no dia a dia da equipe, os trabalhadores relacionam essas capacitações ao aumento do seu arcabouço de conhecimentos; à elevação da sua qualificação, uma vez que se sentem mais autônomos, preparados, e passam a realizar as atividades com mais segurança; e às melhorias no relacionamento com os usuários e no trabalho de promoção e educação em saúde na comunidade.

É evidente que os entrevistados reconhecem os benefícios da formação continuada na dimensão técnica do trabalho, ou seja, no sentido do aprimoramento das práticas e procedimentos e da obtenção de mais conhecimentos científicos. Entretanto, chama a atenção a ênfase que os profissionais dão às transformações que as experiências operam na forma de enxergar as demandas da comunidade assistida pela eSF e de intervir nos problemas da

população. Frequentemente, a realização de capacitações é associada a melhorias no atendimento dos usuários, sempre na direção de proporcionarem ao trabalhador o distanciamento necessário para compreender o modo de vida do outro e elaborar as melhores abordagens para promoção à saúde.

Esse dado da pesquisa reafirma a formação continuada em saúde como um processo central para a qualificação dos trabalhadores técnicos e, conseqüentemente, para a qualificação da atenção básica no país. Vale lembrar que ele se relaciona, diretamente, com um dos principais pressupostos do Sistema Único de Saúde: o de ter profissionais com capacidades relacionais e ético-políticas cada vez mais próximas da vida dos usuários, e serem capazes fomentar, na população, a autonomia em saúde. Ao mesmo tempo, a demanda por parte dos técnicos, pela oferta de capacitações, vai de encontro à tendência social de naturalização do trabalho em saúde, de níveis fundamental e médio.

Como aspectos negativos da organização da formação continuada, os técnicos citaram a escassez na oferta de cursos, a ausência de capacitações mais longas e a falta de temáticas específicas das categorias profissionais.

4.2.2. O cotidiano de trabalho nas eSF

Um dos objetivos iniciais da pesquisa consistiu em desvendar o escopo de práticas associadas às situações de trabalho mais frequentes nas equipes. Assim, ao analisar as entrevistas a partir das variáveis *“documento citado como referencial de práticas e atribuições”*, *“descrição das atividades realizadas”*, *“desvios de função reconhecidos, causas reconhecidas do desvio de função”*, e *“existência e cumprimento de metas”*, se buscou uma aproximação com a realidade experimentada pelos trabalhadores na eSF. Como resultado último, a investigação fomentou reflexões acerca da especificidade assumida pelo trabalho em saúde nas eSF.

4.2.2.1 Reconhecimento sobre as atribuições

Apesar de os trabalhadores demonstrarem reconhecimento sobre suas atribuições e funções na eSF, documentos ou cartilhas que contêm orientações para a realização do trabalho foram citados apenas de forma superficial, e não são mobilizados cotidianamente na realização das atividades. Pode-se verificar que não há um material que discorra sobre a especificidade do trabalho na atenção básica, que seja tomado como referencial comum entre os trabalhadores. Ao contrário, os ACS tendem a citar um estatuto da categoria; os ACE, documentos

operacionais do cargo; e os técnicos da enfermagem e da saúde bucal se referem aos documentos elaborados pelos órgãos de classe.

4.2.2.2 As atividades realizadas no âmbito da eSF: compatibilidades com a Pnab e desvios de função

Nas entrevistas, foi pedido aos trabalhadores que descrevessem sua rotina de trabalho, destacando as atividades que realizam e que não são de sua atribuição e as que seriam de sua responsabilidade e não são executadas por algum motivo. A partir das respostas, foi possível identificar em que medida as atividades dos técnicos de saúde nas eSF estão em consonância com as orientações da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (2010), bem como a existência de desvios de função nas equipes e suas causas.

Em linhas gerais, verificou-se que a organização do trabalho e as ações realizadas pelos técnicos de saúde nas eSF são coerentes com a definição de atribuições posta pela Pnab. Observou-se êxito, sobretudo, no que diz respeito às atividades de promoção e educação em saúde, cuja centralidade foi enfatizada por todas as categorias profissionais. Mais do que ações isoladas, atuações no sentido de orientar a população acerca dos temas de saúde perpassam todas as práticas profissionais, e aparecem como um dos eixos estruturantes do trabalho realizado nas eSF.

Outro grupo de atividades que chama a atenção por ser central à realização do trabalho, e que se expande entre as práticas de todos os membros da equipe, são aquelas de cunho burocrático e administrativo. O preenchimento de fichas, a elaboração de relatórios e a entrada de dados da produção em sistemas de informações do SUS aparecem como responsabilidade de todos os profissionais, e ocupam parte significativa da rotina de trabalho.

Ainda que a maioria das atividades dos técnicos esteja em consonância com as orientações da política, situações reconhecidas por eles como desvios de função também foram relatadas. Tanto no caso em que os trabalhadores fazem atividades que não estão previstas no escopo de suas atribuições, quanto naquele em que deixa de realizar suas tarefas por questões organizacionais da equipe, os desvios de função estão relacionados a problemas estruturais do sistema público de saúde brasileiro.

As ocasiões em que trabalhadores são deslocados de sua função original para realizar outras atividades estão associadas à insuficiência de pessoal alocado nas unidades básicas de saúde, para dar conta do volume de trabalho e de todos os serviços demandados pelos atendimentos. Foram muitos os casos relatados em que o profissional é mobilizado a cumprir

turnos na recepção, atendendo telefonemas e organizando filas, ou executar tarefas de almoçarifado. Com menos frequência, também foram identificadas situações em que os técnicos fazem tarefas burocráticas (como preenchimento de fichas e a finalização de relatórios da produção), sob a alegação de sobrecarga de trabalho do outro profissional. Essas atividades caberiam, na verdade, a outros membros da equipe, como os chefes.

O caso dos ACS merece destaque. Isso porque grande parte da categoria não reconhece como legítima a atividade de digitar os dados da sua produção (número de visitas, cadastramento de usuários junto ao SUS etc.) no sistema informacional. Segundo os profissionais, a ação configura desvio de função, inclusive porque os impede de estar no território, lugar tido como genuíno para o exercício do ofício. Se levada em conta apenas a redação da política, a prática citada pelos ACS não pode ser considerada irregular, uma vez que está vinculada à atribuição de cadastrar todas as pessoas de sua microárea, e manter os cadastros atualizados (Pnab, 2010). No entanto, o fato carece de maior questionamento, uma vez que os trabalhadores relatam que, dado o tempo que permanecem em frente aos computadores, que nem sempre são em número suficiente, há redução na qualidade e na quantidade das visitas.

Quanto à existência de ações que os trabalhadores consideram de sua atribuição, mas que não realizam, essas estão associadas à falta de recursos para o trabalho, sejam materiais para procedimentos, medicamentos ou infraestrutura da unidade. A maior frequência dessas situações é encontrada entre os trabalhadores da saúde bucal. São comuns os relatos em que esse técnico deixa de realizar atendimentos, para os quais está habilitado, por conta da falta de espaço e de equipamentos disponíveis na sala da equipe.

4.2.2.3 Especificidades do trabalho técnico nas eSF

Após finalizar a análise, foi possível elaborar algumas conclusões, acerca das formas assumidas pelo trabalho em saúde no cotidiano das eSF. Pode-se afirmar que a centralidade das ações de promoção e educação em saúde, imbuídas nas práticas dos trabalhadores técnicos, confere especificidade a este trabalho e o distancia dos moldes observados nas instituições de saúde tradicionais. Ao mesmo tempo, percebe-se um movimento no sentido da racionalização das atividades, impulsionado pela incorporação ao exercício do trabalho de ferramentas burocráticas e informacionais.

Ainda que as habilidades técnicas específicas de cada área sejam indispensáveis e fundamentais para a realização das atividades, o ofício na atenção básica exige que as qualidades relacionais e políticas dos profissionais sejam postas no centro do processo de

trabalho. Como aponta Corôa (2015), essas qualidades estão associadas às demandas relacionais do trabalho em saúde, que só se concretiza na presença do outro, tem como base a produção coletiva, e que, na eSF, tem a formação de vínculos como uma de suas premissas; e às demandas de ordem política, embasadas pela ideia de que o trabalhador deve intervir ativamente na situação de trabalho e nas condições de vida da população atendida.

Nesse sentido, pode-se afirmar que as práticas dos trabalhadores técnicos em saúde verificadas nas eSF estão de acordo com os pressupostos do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, da política de atenção básica no Brasil. Fundamentados na concepção ampliada de saúde⁵, ambos almejam que o trabalhador esteja o mais próximo possível da população atendida, sendo capaz de captar e intervir em situações materiais e subjetivas que lhes são apresentadas (BRASIL, 1986; 1993).

Do ponto de vista do escopo de práticas e habilidades exigidas dos trabalhadores, também foi verificado que o trabalho em saúde vem ganhando especificidades, no âmbito das eSF, relacionadas a transformações mais amplas no mundo do trabalho. São mudanças oriundas do fenômeno de reestruturação produtiva, que tem origem no seio da empresa privada durante a década de 1970 e que se expande, progressivamente, para o setor público de serviços nos anos seguintes (OFFE, 1991). O impacto do processo, que tem como característica a intensificação do ritmo de trabalho, através do cumprimento de metas e da incorporação de ferramentas tecnológicas ao cotidiano da instituição, pode ser identificado no relato dos profissionais.

É sabido que diversos autores já discorreram acerca dos impactos da reestruturação produtiva no setor saúde, a exemplo de Machado (2009); Lima (2010); Chinelli, Lacerda e Vieira (2011). Nesta perspectiva, a pesquisa soma ao debate situações em que atividades de cunho burocrático e informacional protagonizam o processo de trabalho. Em todas as equipes, foi relatada a exigência do cumprimento de metas que, declaradas como um fator que confere pressão, nem sempre são cumpridas, em função de sobrecarga, acúmulo de funções e imprevistos do trabalho.

Tanto nas situações em que técnicos substituem ações tradicionais de cuidado para armazenar dados da produção no sistema e preencher fichas, quanto nos contextos de desvio de função, em que são deslocados de suas funções para cumprir tarefas burocráticas administrativas, o que está em jogo é a demanda por habilidades que extrapolam o arcabouço tradicional de atribuições das ocupações técnicas de saúde em questão.

⁵Nessa óptica, para além da percepção biológica de ausência de doença, a saúde passa a ser entendida como uma situação de bem-estar completo do indivíduo, sendo determinada socialmente pelas condições materiais de vida.

Tal achado sublinha a necessidade de alocação, nas unidades básicas de saúde, de técnicos administrativos de nível médio, com a finalidade de apoiar o funcionamento das eSF e diminuir a sobrecarga de trabalho e os acúmulos de função verificados durante a pesquisa. Vale ressaltar que, como apontam Santiago (2010) e Vieira, (2005), o trabalho administrativo no SUS assume características específicas vinculadas à dinâmica do sistema e a seus princípios e diretrizes (procedimentos de referência e contrarreferência, articulação de ações intersetoriais etc.). Nesse sentido, é demandada uma formação na área de saúde capaz de fomentar, nos profissionais, habilidades de gestão em saúde.

4.2.3. O trabalho em equipe

Com a definição das variáveis *“caracterização da equipe por categoria profissional”*, *“reconhecimento da organização e da divisão do processo de trabalho dentro da equipe”*, *“profissional com quem se relaciona mais intensamente”*, *“avaliação do relacionamento interpessoal da equipe”*, *“frequência e tema das reuniões na equipe”* e *“participação do trabalhador nas reuniões”* buscou-se, a partir da fala dos trabalhadores técnicos da saúde, investigar nas eSF a forma como está posta a divisão e a organização do trabalho; as relações construídas entre as diferentes categorias profissionais; e a existência de conflitos e seus mecanismos de resolução.

Os achados da análise foram postos em diálogo com os estudos de Peduzzi (2001; 2009) acerca do trabalho em equipe e, assim, pode-se discutir os níveis de interação dos agentes e de articulação das ações nas eSF. Em última instância, o estudo foi capaz de avaliar em que medida a configuração encontrada hoje, nessas equipes, se aproxima das demandas do Sistema Único de Saúde por profissionais integrados e capazes de assegurar a integralidade na atenção aos usuários (Peduzzi, 2009).

4.2.3.1 O referencial de equipe multiprofissional em saúde entre os técnicos

A construção dessa variável teve como intuito verificar em que medida a noção de equipe multiprofissional em saúde, como definida pelo Departamento de Atenção Básica (DAB)⁶, é difundida entre os trabalhadores técnicos. Ao solicitar que os entrevistados

⁶ Segundo o DAB, a equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) deve ser composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

elencassem os membros da sua equipe e, posteriormente, citassem com quem se relacionavam mais intensamente, também foram trazidas informações acerca do estado de relações nas eSF.

Identificou-se que o ideal de equipe multiprofissional em saúde – em que são considerados integrantes, inclusive, os trabalhadores da saúde bucal – é amplamente difundido entre a categoria dos ACS. Certamente, tal dado está associado ao conjunto de atividades por eles realizadas e descritas aos pesquisadores do projeto. Dentro do PSF, o ACS cumpre a função de articulador entre a comunidade e os serviços ofertados pela equipe de saúde e pelo próprio SUS. Dessa forma, sua prática perpassa as atividades de promoção e educação em saúde, em conjunto com outros trabalhadores, a identificação de demandas de usuários e a transferência destas aos diversos setores da equipe, a realização de visitas domiciliares de caráter multiprofissional, entre outros. Em síntese, o cerne da função do ACS na eSF implica que esteja em contato e, mais que isso, realize o seu trabalho em conjunto com os demais trabalhadores da equipe. Além disso, é importante contextualizar o surgimento da ocupação em um momento da estruturação da atenção básica no país, em que se buscava romper com o modelo biomédico hegemônico, altamente marcado por fragmentação e especialização das práticas, o que já coloca esse profissional em um lugar diferenciado dentro da equipe.

Não foi identificada, dentre as demais categorias profissionais, unicidade quanto ao referencial de equipe multiprofissional em saúde. Na contramão, dois tipos de discurso se mostraram frequentes: o primeiro se refere ao não reconhecimento dos trabalhadores da saúde bucal como membros da eSF; já o segundo, diz respeito à incorporação dos ACE nas equipes. Apesar do último não estar elencado na Pnab como um membro fixo da equipe, o MS vem levantando esforços no sentido de sua integração, com a finalidade de fortalecer as ações de vigilância em saúde na atenção básica (Brasil, 2010).

Foi significativo o número de profissionais que não reconheceram como integrantes da sua equipe os trabalhadores da saúde bucal; bem como foi relevante a frequência de trabalhadores da saúde bucal que não se identificaram como membros da eSF. Duas chaves de leitura complementares podem ser mobilizadas para discussão desses dados. A primeira consiste nas formulações teóricas acerca da especialização das práticas de saúde sob determinado domínio técnico-científico. Nessa perspectiva, ainda que desempenhando parcelas distintas de um mesmo processo de trabalho, que é coletivo e tem como objetivo a manutenção do bem-estar completo do usuário do SUS, estes trabalhadores ainda não teriam conseguido se ver livres das forças históricas e sociais que os rotularam como pertencentes a campos de conhecimentos distintos.

A segunda possibilidade de interpretação emerge do cotidiano de trabalho verificado durante o estudo, em que foram encontradas situações nas quais uma mesma equipe de saúde bucal prestava atendimento para mais de uma eSF. Nessas ocasiões, os trabalhadores estavam diretamente identificados com o espaço físico da sala e com os procedimentos realizados, sendo posto o vínculo com a atenção básica em segundo plano.

No que tange ao pertencimento do ACE às equipes multiprofissionais, a investigação evidenciou que esse profissional não se reconhece como membro da eSF. Via de regra, esses trabalhadores identificam a sua equipe como sendo composta pelos outros agentes com quem dividem o território e pelo supervisor que, em geral, também é ACE por profissão. Em contrapartida, esse trabalhador também não é reconhecido pelas outras categorias profissionais como membro da eSF. Pode-se inferir que o fato tem origem na forma como se dá a organização e a divisão do trabalho nas equipes multiprofissionais, cuja articulação de ações entre o ACE e os demais membros é quase inexistente, como será discutido adiante. Por fim, as respostas dos técnicos, acerca do profissional com quem se relacionam mais intensamente, não apresentaram um padrão por categoria profissional. Os trabalhadores tendem a se relacionar mais intensamente com aqueles profissionais com quem dividem mais atividades cotidianamente, independentemente do cargo ou do nível de escolaridade. Por sua vez, essa configuração irá variar no contexto da supervisão e da organização do trabalho próprias das equipes. Tal fato vai ao encontro dos achados descritos acima e ratifica a ideia de que a realização de procedimentos em conjunto é fundamental para a construção da integração entre os profissionais.

4.2.3.2. Reconhecimento da organização e da divisão do processo de trabalho dentro da equipe

Um dos principais objetivos da pesquisa consistiu em analisar a forma como se articulam os diferentes núcleos de atividades e a integração, entre os profissionais, nas eSF. Nesse sentido, com a elaboração da variável “*Reconhecimento da organização e da divisão do processo de trabalho dentro da equipe*”, a partir dos relatos dos técnicos, buscou-se identificar o estado da divisão de trabalho no interior das equipes; e a conformação das atividades e demandas relacionadas à realização do trabalho coletivo de cunho multiprofissional. Como consequência, surgiram contribuições no que diz respeito à construção das relações entre profissionais no interior das eSF.

A divisão do trabalho se apresentou nas equipes de forma bem definida e hierarquizada, segundo as categorias profissionais. A designação das funções é realizada pela chefia, geralmente, corporificada na figura do profissional de nível superior supervisor da eSF. Ainda

que alguns técnicos relatem a possibilidade de diálogo na definição da agenda de atividades, é evidente que essa se restringe a um escopo de atribuições pré-definido pela supervisão.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que a configuração encontrada nas equipes apresenta como responsáveis o ACS, pela captação das demandas no território, pela transferência destas demandas à eSF, e pelo retorno das respostas da equipe até a comunidade; o técnico de enfermagem, pela realização de procedimentos junto aos usuários (aplicação de vacinas, curativos etc.); o auxiliar de saúde bucal pelo suporte aos atendimentos dos técnicos de saúde bucal e dos dentistas; e o técnico de saúde bucal pela realização de procedimentos para os quais está habilitado. Nesse contexto, as atividades realizadas pelos ACS e pelos TEn são supervisionadas pelo profissional de nível superior da enfermagem, e os trabalhadores da saúde bucal são tutelados pelo dentista. Já os ACE são responsáveis pelo controle, identificação e tratamento de focos de zoonoses no território e são supervisionados por profissional específico da área, mas suas atividades não são incorporadas ao cotidiano da eSF.

Como já posto anteriormente, as atividades de promoção e educação em saúde e o trabalho administrativo, burocrático e informacional perpassam o cotidiano de todas as categorias profissionais estudadas, e podem ser concebidos como eixos estruturantes do trabalho em saúde na eSF. Seguindo na mesma direção, tentou-se identificar qual seria o cerne do trabalho em equipe de caráter multiprofissional, o que implicou na investigação acerca da gama de atividades realizadas em conjunto, pelos trabalhadores, e dos desafios e das possibilidades colocados para a efetivação deste tipo de trabalho.

Foram relatados três tipos de situações formais em que os trabalhadores atuam em conjunto na realização de uma atividade comum: as visitas domiciliares de caráter multiprofissional, cuja ocorrência foi verificada em todas as equipes; atividades e campanhas de promoção e de educação em saúde com a comunidade, mencionadas em menor frequência; e os grupos de acompanhamento de doenças crônicas e de gestantes.

É um dado que a divisão técnica do trabalho nas eSF implica na construção de relações hierarquizadas entre os profissionais. Isso porque esta fragmentação assume contornos de divisão social do trabalho (PIRES, 2009), em que conhecimentos e práticas são valorados segundo o seu lugar de aquisição no sistema educacional formal e na cadeia produtiva. Entretanto, foi possível perceber que durante a realização das atividades multiprofissionais no território, ou seja, fora do espaço habitual da unidade básica de saúde, o caráter hierárquico imbuído na realização do trabalho tende a ser enfraquecido. Ao mesmo tempo, são as demandas do território e da comunidade que tendem a mobilizar mais intensamente os trabalhadores para

a realização de ações coletivas, como no caso dos ACS e dos ACE, que relatam trabalhar em parceria em situações excepcionais.

Tal fato pode estar relacionado tanto à reclassificação de saberes nestes contextos, quanto à força que o espaço hospitalar tradicional exerce no sentido da afirmação de um trabalho em saúde fragmentado e polarizado. Ainda que a divisão técnica do trabalho persista e que as hierarquias não sejam completamente neutralizadas, evidencia-se que, no território, as demandas relacionais do trabalho em saúde, como a criação de vínculos e a compreensão do modo de vida e das necessidades do outro, são postas em evidência. Nesse sentido, por exemplo, o ACS ganha status de peça central para a realização do trabalho e passa a ser reconhecido como tal. De todos os profissionais acompanhados, somente os ACS apresentaram frequência de cem por cento na realização de visitas domiciliares de caráter multiprofissional e, mais, alguns técnicos enfatizaram que precisam destes trabalhadores para acessar a comunidade.

Além disso, ações externas ao espaço da clínica mobilizam os membros da equipe em torno de um objetivo comum, e as atividades são mais facilmente reconhecidas como parcelas de um mesmo processo de trabalho – o trabalho em saúde, que tem por objetivo o bem-estar completo do usuário – e não como procedimentos técnicos isolados alocados em setores.

4.2.3.3 Relacionamento da equipe

Por meio das variáveis “*Avaliação do relacionamento da equipe*”, “*Frequência e tema das reuniões na equipe*” e “*Participação do trabalhador nas reuniões*”, o objetivo foi apreender as avaliações dos técnicos acerca da qualidade das relações nas eSF; verificar o status da comunicação entre as diferentes categorias profissionais; e identificar a existência de conflitos e seus canais de resolução.

As avaliações dos trabalhadores técnicos acerca do relacionamento entre a equipe foram positivas. Os profissionais reconhecem a existência de desentendimentos momentâneos, relacionados à divergência de opiniões no que diz respeito às decisões do trabalho e à realização das atividades. Entretanto, salientam que estes imbróglis logo são resolvidos por meio do diálogo. Nesse sentido, as reuniões se mostraram espaços efetivos para a resolução de conflitos e exposição de demandas do trabalho e das diferentes categorias profissionais. Via de regra, essas ocorrem semanalmente e são coordenadas pelo profissional de nível superior da equipe, contando, invariavelmente, com a presença da enfermeira e dos ACS. Excepcionalmente, as demais categorias profissionais não participam em função da carga de trabalho.

4.2.4. Dificuldades para a realização do trabalho na equipe multiprofissional

Um dos intuitos da pesquisa, tendo como objeto o trabalho em equipe, foi identificar as dificuldades inerentes à realização do trabalho na equipe multiprofissional e o arcabouço de estratégias acumuladas pelos trabalhadores para a superação dessas situações. Nessa perspectiva, foram construídas as variáveis “*Dificuldades*” e “*Estratégias implementadas para contornar ou superar as situações de trabalho*”.

Não apareceram, como uma tendência, as dificuldades associadas ao relacionamento ou à dinâmica do trabalho nas equipes. Ao contrário, foram citados frequentemente, como obstáculos para a realização do trabalho, os problemas estruturais do Sistema Único de Saúde e as complicações oriundas do relacionamento com os usuários. Entre eles, a falta de estrutura física e de materiais necessários à realização do trabalho; a insuficiência do número de profissionais; a longa espera que perpassa o sistema de referência e contrarreferência; a dificuldade de adesão às ações de saúde por parte da população; e às situações de vulnerabilidade social e violência nas comunidades.

Para além das soluções individuais, que foram citadas de forma dissonantes, foi verificado que, no caso de dúvidas, imprevistos ou problemas no trabalho, os técnicos têm como acordo tácito recorrer aos colegas da equipe e, sobretudo, à chefia. Os trabalhadores reconhecem e classificam as situações entre aquelas capazes de serem resolvidas com o auxílio de outro profissional e aquelas que demandam a orientação ou a ação direta da chefia. Nesse sentido, se pode afirmar que a autonomia para superação de situações no trabalho está relacionada à tomada de decisões e à realização de atividades coletivas. Ao mesmo tempo, há limites reconhecidos para essas ações, impostos pela divisão técnica do trabalho de caráter hierarquizado.

4.2.5. Desafios e possibilidades do trabalho em equipe nas eSF

Segundo Pedduzi (2009), o “trabalho em equipe” multiprofissional é edificado por meio da relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, sendo fomentado pela comunicação, a articulação e ações de cooperação entre os membros da equipe. Assim, após a análise, foi possível refletir acerca dos desafios e das possibilidades encontrados nas eSF, no que diz respeito à construção desta teia de relações. As considerações aqui formuladas tiveram como parâmetros aqueles estabelecidos pela autora e, como horizonte, a conquista do status de “equipe integração”, em que há articulação das ações e interação dos agentes, e não apenas justaposição das atividades e o mero agrupamento dos

profissionais. Em última instância, buscou-se discutir a temática em consonância com as necessidades do Sistema Único de Saúde por uma equipe integrada, que atenda às demandas de um modelo assistencial embasado no princípio da integralidade e capaz de superar o paradigma biomédico hegemônico.

Uma das constatações diz respeito ao fato de que, apesar da escassez de ações sistematizadas e formais de caráter multiprofissional, o grau de comunicação verificado nas equipes se mostrou como uma potencialidade para a integração entre as ações dos diferentes grupos profissionais. Ainda que, na ausência de atividades realizadas coletivamente, todos os trabalhadores entrevistados relataram acessar os outros membros da equipe, mesmo os que ocupam cargos de nível superior, a fim de levar ou adquirir informações referentes às demandas do trabalho. Tal configuração foi constatada, inclusive, entre os ACE e os trabalhadores da saúde bucal, cujas práticas se colocam na equipe de forma menos articulada. No mais, a realização de reuniões apareceu como uma prática em todas as eSF, e estas foram reconhecidas como espaço institucional de diálogo dos grupos.

Sem dúvida, a divisão do trabalho ainda sustenta traços de uma atividade que, historicamente, se constituiu como exacerbadamente especializada e hierarquizada, e a sua superação se coloca como um dos principais obstáculos para a afirmação de uma equipe multiprofissional integrada. Entretanto, o investimento em atividades de promoção e educação em saúde, citadas pelos trabalhadores como centrais no seu cotidiano, despontaram como potenciais no sentido da superação das barreiras impostas pela especialização e da conquista de flexibilidade na divisão do trabalho. Ao exigirem dos profissionais a mobilização das qualidades relacionais e políticas inerentes à realização do trabalho em saúde e por, muitas vezes, ocorrerem fora do espaço habitual da unidade de saúde, essas ações tendem a neutralizar as diferenças históricas, sociais e técnicas que perpassam a prática das diferentes categorias, e conjugam os diversos saberes técnicos específicos em torno de um norte comum.

Uma das pautas quando da criação do SUS, e que incentivou a elaboração das políticas de educação profissional em saúde durante os anos que se seguiram, foi a bipolaridade médico-atendente que marcava a constituição das equipes de saúde até meados da década de 1980. No que diz respeito ao tema, a pesquisa verificou que muito se caminhou no sentido da incorporação de trabalhadores de nível médio, com formação específica, ao cotidiano de trabalho das equipes e no reconhecimento da importância de suas práticas para o trabalho em saúde. Ainda são colocadas pelos entrevistados demandas por ações da gestão que promovam

a valorização profissional do pessoal técnico, como concessão de benefícios trabalhistas, aumento de salários, melhoria nas condições de trabalho através da oferta de materiais etc. No entanto, as reivindicações ocorrem em um contexto em que os próprios técnicos reconhecem o alto valor e a centralidade do seu trabalho para o funcionamento da eSF.

Por fim, analisando a representação que os trabalhadores têm acerca de seu próprio trabalho, é possível dizer que as eSF hoje, no Brasil, caminham a passos largos na direção da construção de um projeto assistencial comum. Por sua vez, este projeto assume contornos bem próximos ao projeto de sociedade almejado pelo Sistema Único de Saúde, que tem como objetivo a formação de sujeitos comprometidos em participar da transformação da sociedade, através da produção, em outros sujeitos, de modos de vida autônomos. Foi verificado que os técnicos concebem a sua prática, sobretudo, como algo voltado para a comunidade, reconhecendo suas vulnerabilidades e necessidades, e não para indivíduos. Nesse contexto, se mostram comprometidos com a criação de vínculos. Estes profissionais se apoiam na crença de que os vínculos são essenciais para a efetivação do seu trabalho, que tem como aspecto central a orientação e o cuidado da parcela da população atendida pelo SUS.

4.3. Práticas dos trabalhadores técnicos das equipes de Saúde da Família

Conforme explicado no item sobre referenciais teórico-metodológicos da pesquisa, a abordagem da questão (b) – quanto a práticas, saberes e competências profissionais – levou à elaboração dos quadros 4 e 5, por trabalhador técnico de cada equipe investigada. No quadro 4, foi sistematizado o escopo de práticas de cada técnico de cada equipe, e registrado o que os técnicos manifestaram sobre as tarefas prescritas e realizadas, as tarefas não prescritas e realizadas, as tarefas prescritas e não realizadas e, finalmente, os desvios de função. A finalidade de estudar o escopo ou o espectro de práticas desses técnicos foi, mais do que confirmar que o processo de trabalho das eSF se orienta pela regulamentação da Política Nacional de Atenção Básica – Pnab (2010), verificar possíveis mudanças nesse escopo, mediante inclusão ou exclusão de práticas. Para isso, localizamos práticas referidas pelos trabalhadores, primeiramente, nos relatos classificados na categoria 9 – processo de trabalho – e, depois, as registradas em depoimentos classificados em outras categorias. A partir disso, foram feitas classificações próprias para a análise do escopo de práticas, a saber: tarefas prescritas e realizadas; tarefas não prescritas e realizadas; tarefas prescritas e não realizadas; desvios de função.

A primeira classificação – tarefas prescritas e realizadas – possibilita confirmar a orientação do processo de trabalho das eSF pela Pnab. A segunda, por sua vez – tarefas não prescritas e realizadas –, demonstra a possível inclusão de novas práticas; enquanto que a terceira – tarefas prescritas e não realizadas – poderia indicar a exclusão de práticas. Como foi constatado, as tarefas prescritas e realizadas por cada trabalhador técnico tendem a se repetir nas vinte equipes investigadas, confirmando a orientação pela Pnab. O mesmo não ocorre com as duas classificações seguintes. A conclusão preliminar desse estudo, que, na verdade, poderia ser explorada como hipótese de outra investigação, é que a inclusão ou a exclusão de práticas ocorre de forma própria nas equipes investigadas, tendo relação com as especificidades das demandas dos usuários, das características sócio-econômicas do território, das relações de poder entre os profissionais que exercem função de gestão (gerentes da unidade e coordenadores da equipe), assim como entre os profissionais de nível superior, em especial o médico, e o conjunto da equipe. Não foi objetivo da pesquisa tratar das especificidades; por isso a abordagem como hipótese, que pode ser verificada ou não em outras investigações.

Devido à clareza e à riqueza de informações, optamos por apresentar no corpo do relatório os quadros 4, de cada um dos trabalhadores técnicos das equipes investigadas, conforme se vê a seguir, incluindo uma síntese das tendências de alterações do seu escopo de práticas, considerando o conjunto das equipes.

4.3.1. Tendências de alterações no escopo de práticas dos Agentes Comunitários de Saúde

Os agentes comunitários das unidades de saúde da família pesquisadas percebem várias atividades que realizam como tarefas não prescritas. Em relação ao conteúdo e ao escopo do trabalho realizado, as principais atividades assim identificadas podem ser classificadas como administrativas ou burocráticas, de enfermagem (ou de farmácia), de vigilância, de informação ou comunicação, assistência e de limpeza. Com menor participação nos achados da pesquisa, atividades de orientação aos usuários e práticas que remetem a processos educativos, historicamente atribuídas aos ACS, foram também sinalizadas como não-prescritas, mas em situações bem circunscritas.

As atividades administrativas ou burocráticas incluem a recepção dos usuários na unidade de saúde, a separação de prontuários, a organização da ordem dos usuários para o atendimento de enfermagem, o agendamento de consultas, a realização de chamadas telefônicas para encaminhamento de usuários para unidades de referência, o recebimento de material e equipamentos e a organização do espaço administrativo. Em geral, são realizadas em função da

ausência do trabalhador da recepção e, por vezes, integram a dinâmica do processo de trabalho, especialmente, a recepção de usuários, também conhecida como acolhimento, e a separação de prontuários. Vários dos trabalhadores entrevistados consideram esse tipo de atividade um desvio de função, ainda que o acolhimento conste na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2002a) como uma atribuição comum a toda a equipe da Estratégia Saúde da Família.

Fonseca (2013) destaca o acolhimento como um espaço importante de interação dos ACS com o usuário e suas demandas, cujo resultado, seu atendimento ou não, pode implicar o fortalecimento ou a fragilização da adesão desses usuários às práticas de saúde e aos modos de acessá-las. O acolhimento/recepção é apresentado pela autora como um momento no qual os ACS vivenciam dúvidas, problemas e tensões, principalmente quando a demanda do usuário não pode ser acolhida pela unidade e os ACS precisam apresentar e justificar a negação do atendimento. É o caso de municípios pesquisados, nos quais os ACS entrevistados relataram o seu desconforto em ter que justificar a falta de material e insumos para os usuários que chegam à unidade. O acolhimento é, conseqüentemente, um lugar/espço revelador das falhas do sistema de saúde em realizar a atenção universal e integral. (FONSECA, 2013).

As atividades de enfermagem (ou de farmácia) podem ser realizadas como parte da divisão de tarefas no interior das equipes ou em substituição de um profissional ausente, ou em falta. Entre essas atividades foram indicados: o preparo de bolinhas de algodão, a dobradura de gazes, a organização da farmácia, o armazenamento e a dispensação de medicamentos.

Entretanto, há atividades de enfermagem realizadas em situação de emergência, como a prestação de socorro em casos de sufocamento de um bebê ou de uma pessoa idosa. Outras são motivadas por necessidades de saúde dos moradores como a aferição de pressão de idosos e hipertensos, a aplicação de insulina e injeção, e a realização de curativos em idosos e acamados. Em geral, tais atividades são realizadas no âmbito da comunidade, fora do horário de trabalho do agente e de funcionamento da unidade de saúde, sendo fortemente baseadas na relação de solidariedade que os agentes desenvolvem com os seus vizinhos. Foram mais frequentes à época da participação dos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo interditas a esses trabalhadores ao ingressarem no PSF.

Cabe destacar que, diante das normas vigentes (a legislação profissional e a PNAB), a ocorrência de práticas de enfermagem realizadas por agentes comunitários de saúde configura desvio de função. Entretanto, a realidade tem demonstrado a sua necessidade especialmente no caso de pessoas idosas e acamados cujo deslocamento frequente até a unidade para atividades de controle e prevenção, como a aferição de pressão ou a testagem de glicose, é muito difícil e

penoso, ou em situações nas quais os primeiros socorros podem evitar o risco de morte. A esse respeito, devem ser considerados o horário de funcionamento e as dificuldades geográficas de acesso ao serviço de referência.

Além disso, deve-se considerar que vários agentes comunitários de saúde são egressos do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e, portanto, têm capacitação técnica para a realização de alguns procedimentos que, no cotidiano das comunidades, muitas vezes, são feitos por leigos ou cuidadores sem qualificação.

Nas unidades de saúde da família, as atividades de farmácia têm sido desempenhadas pelos trabalhadores de enfermagem e, em caso de ausência ou alegada sobrecarga de trabalho desses profissionais, estas são transferidas para os agentes comunitários de saúde.

Na área da vigilância, os agentes comunitários de saúde têm sido convocados para atuar no combate à dengue, participando de campanhas de combate ao mosquito *Aedes Egypt*, junto com os agentes de combate às endemias (ACE), assim como, realizando a identificação de focos do mosquito nas suas atividades cotidianas. Essas atividades são apontadas como exemplo do fato de os ACS estarem permanentemente incorporando novas atribuições ao seu trabalho.

Os agentes comunitários de saúde também reconhecem como não prescritas, porém realizadas, atividades de informação ou comunicação entre a unidade de saúde e outras instâncias da gestão municipal, como também a informação ou entrega de documento da unidade para os usuários. No primeiro caso, encontram-se: a comunicação com a gestão municipal para solicitar a realização de cursos, como é o caso da necessidade de qualificação em relação aos casos de microcefalia, a solicitação de atendimento de emergência (SAMU, por exemplo), providências junto à Secretaria Municipal de Saúde para a obtenção do Cartão SUS para crianças, denúncia de casos ao Conselho Tutelar e de situação de violência contra idosos.

No caso da comunicação com a comunidade, foi considerada não prescrita a entrega de receitas ou outros documentos, especialmente quando esta é feita para usuários residentes fora da microárea de referência do ACS ou quando acontece fora do seu horário de trabalho. A extrapolação do horário e do local de trabalho foi um dos critérios adotados pelos ACS para a definição de atividades não-prescritas e, nessas situações inclui-se o atendimento a situações de urgência como as já descritas.

A entrega de medicamentos nos domicílios também figurou como atividade não-prescrita em uma das unidades pesquisadas, o que suscita a reflexão sobre o modo como esta tarefa está sendo atribuída aos ACS, a sua frequência e o motivo alegado e o sentido construído para a sua realização por este trabalhador. Trata-se de uma prática que facilita o acesso dos usuários ao medicamento em situação de dificuldade de deslocamento ou de adesão ao tratamento? Integra

a rotina do Tratamento Diretamente Observado? Tem finalidade educativa, isto é, a entrega do medicamento é planejada como uma oportunidade de orientação e educação em saúde? Foi discutida com os ACS, em equipe? Essas perguntas são importantes especialmente porque, na fala do ACS da unidade em tela, a medicação assistida foi reconhecida como uma atividade de sua responsabilidade⁷.

Especificamente no tocante à produção de informação, o registro em prontuários e o preenchimento de cartões de saúde foram apontados como atividades não-prescritas por ACS de duas unidades pesquisadas. Note-se, entretanto, que estas podem ser justificadas, por exemplo, na Lei 11350 (BRASIL, 2006) que inclui entre as atividades dos ACS “o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde”.

Outro âmbito de atividades consideradas não-prescritas e realizadas diz respeito às ações solidárias que os ACS realizam, geralmente, com caráter assistencial, incluindo o apoio material aos usuários. Um exemplo dado foi o cuidado com a alimentação de um usuário diagnosticado com tuberculose que certa ACS acompanhava durante a DOT (Estratégia do Tratamento Diretamente Observado). A ACS assumiu a responsabilidade pela oferta de alimento para este usuário que não dispunha de condições financeiras para se alimentar adequadamente, assim como, mobilizou pessoas da família para fazê-lo na sua ausência.

Algumas atividades que geralmente remetem a processos de educação em saúde foram também sinalizadas como atividades não-prescritas, porém realizadas. Entre elas, encontra-se referência à entrega de preservativos, à participação em atividades educativas sobre temas da vigilância sanitária, à participação em campanhas de vacinação e à orientação a mulheres sobre os seus direitos. Tais referências indicam a necessidade de se observar como estas atividades estão sendo planejadas e conduzidas e de se verificar o papel atribuído aos ACS, especialmente na interface com o trabalho dos agentes de combate às endemias cuja atuação, em geral, ainda não está integrada às equipes de Saúde da Família.

Os ACS também apontaram a participação nas caminhadas com os usuários idosos, hipertensos ou diabéticos, como uma atividade não prescrita. Em certo município foi dito que

⁷ Segundo o Manual Técnico de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002), a ingestão assistida dos medicamentos deveria ser feita pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e/ou um membro da família devidamente orientado para essa atividade, de modo a contemplar três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana, até o final do tratamento. Entretanto, em documento mais recente, Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de enfermagem (BRASIL (2011), supervisionar a tomada de medicamento figura como uma atribuição específica sugerida ao ACS e planejada pela equipe.

essas atividades acontecem às 6 e às 18 horas, horários que excedem o período diário de trabalho dos ACS que geralmente se dá entre as 8 e as 17 horas. Aqui é importante investigar: se a participação do ACS se dá de forma obrigatória; como ele se insere na atividade e com qual finalidade, lembrando que a prática de exercício físico não se encontra no rol de suas atribuições.

A organização do trabalho de outros profissionais no território foi destacada em um dos municípios como um atividade não-prescrita e desempenhada pelos ACS. Entretanto, o conhecimento dos territórios em que atuam e das relações nele estabelecidas é valorizada como atributo do ACS para o seu trabalho dede o PACS.

Com a finalidade de viabilizar o atendimento das pessoas de seus territórios, os ACS estabelecem relações com outros serviços, por exemplo, se articulando com a central de marcação de exames ou se responsabilizando por solicitar o serviço de emergência, quando necessário, em função de sua “legitimidade” (SIC) junto ao setor. Extrapolando as relações Serviços-ACS-comunidade para outros âmbitos sociais, foi apresentada uma situação em que o ACS fez contato com político da região para obter ajuda para a internação de um usuário.

Finalmente, em dois municípios, os ACS relataram que assumem a limpeza das unidades quando a trabalhadora de Serviços Gerais está ausente por motivo esporádico, como falta ao trabalho ou rotineiro, como férias e licença.

Nesse contexto do trabalho não-prescrito, porém realizado, chama a atenção a variedade de atividades que podem ser atribuídas aos agentes comunitários de saúde e o fato de estas corresponderem a processos de trabalho de complexidade variada e requisitos formativos distintos. Uma explicação possível para esta situação de múltiplas atividades que extrapolam o rol de atribuições reconhecidas pelos ACS, pode ser a fragilidade do processo de profissionalização desses trabalhadores. Apesar de dispor de legislação que regulamenta a profissão, desde 2002, com a Lei 10507, substituída pela Lei 11350 em 2006 (BRASIL, 2002b e BRASIL, 2004), a categoria ainda não logrou obter uma formação que os habilite profissionalmente, conforme propõe o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004 (BRASIL, 2004).

Essa baixa profissionalização se expressa também na generalidade que marca os enunciados tanto da Lei 11350, quanto da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012), no que diz respeito às atribuições dos ACS na Estratégia Saúde da Família. A PNAB, por exemplo, afirma que “é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima”, o que alarga o horizonte de possibilidades para o trabalho desta categoria. (BRASIL, 2012, p. 50).

Em geral, pode-se dizer que tanto as normatizações vigentes, quanto as relações construídas no âmbito das equipes são fatores que influenciam a percepção dos ACS no reconhecimento das atividades realizadas como não prescritas ou desvios de função.

Quadro 4: Escopo de práticas dos trabalhadores técnicos das eSF investigadas

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ABREU E LIMA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Acolher os usuários que chegam à unidade. - Comunicar-se com os demais profissionais da equipe para resolutividade de casos e atendimento aos usuários. - Realizar diariamente visitas domiciliares. - Organizar as visitas domiciliares de acordo com as prioridades (crianças, idosos, acamados, deficientes etc.). - Participar de reuniões de equipe. - Acolher as necessidades de saúde dos usuários nas visitas domiciliares e na UBS. - Participar de cursos de educação continuada e permanente. - Preencher as fichas de cadastramento e de produtividade do e-SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonar para unidades de referências para encaminhar usuários. - Limpar a UBS. - Recepcionar os usuários na UBS, quando da ausência da trabalhadora administrativa. - Separar os prontuários dos usuários a serem atendidos na UBS no início do turno da manhã e da tarde. - Participar de reuniões da sigla por extenso (AMAC) e do sindicato dos ACS. - Participar de reuniões com a gestão municipal para negociação de direitos trabalhistas. - Justificar a falta de material e insumos na unidade para os usuários. - Preencher as planilhas referentes ao Programa Bolsa Família. - Organizar a ordem dos usuários na sala de espera para atendimento da TEn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a população quanto à prevenção e ao cuidado referentes à microcefalia e ao cartão de vacinas. - Encaminhar usuários para profissionais do NASF (acontece com a psicóloga, mas não acontece com o fisioterapeuta). 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar a farmácia e o armazenamento de medicamentos. - Dispensar medicação na UBS. - Limpar a UBS.

<ul style="list-style-type: none"> - Realizar pesagem e medição das crianças de famílias inscritas no Programa Bolsa Família. - Informar a enfermeira – reconhecida como coordenadora da equipe – quando da dificuldade de contato/acompanhamento de algum usuário(a). - Realizar atividades de educação em saúde no território com foco na promoção da saúde e prevenção para idosos e mulheres. - Articular e participar de ações de educação em saúde nas escolas. - Levantar e participar de ações educativas junto com associações ou movimentos existentes no território. - Encaminhar usuários/casos para outros profissionais da equipe e do NASF. - Identificar a situação e o apoio familiar no cuidado ao usuário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar e solicitar à gestão municipal a necessidade de cursos de formação (microcefalia). 		
--	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: APARECIDA DO TABOADO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar gestantes, idosos e crianças. - Fazer visitas domiciliares. - Preencher fichas. - Participar da reunião semanal da equipe. - Participar do Programa Saúde na Escola (pesar e medir crianças, calcular IMC, fazer teste de acuidade visual, olhar car carteirinhas, promover palestras esporádicas, verificar vacinas em atraso). 	<ul style="list-style-type: none"> - Faxinar a unidade, quando falta a funcionária dos Serviços Gerais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover palestras para usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faxinar a unidade, quando falta a funcionária dos Serviços Gerais.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: BELO HORIZONTE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Fazer vistas domiciliares. - Participar de reuniões de equipe. - Participar de campanhas. - Orientar Planejamento Familiar. - Acompanhar outros profissionais da saúde nos domicílios. - Atualizar o e-SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar a atuação de outros profissionais da saúde, em função de seu conhecimento acerca do território e dos usuários (Exemplo: organizar o percurso de vacinação domiciliar, em função de uma campanha). - Acolher a demanda de usuários fora do horário e do espaço de trabalho. - Distribuir preservativos. - Solicitar atendimentos de emergência (contatar o Samu em função de sua legitimidade com o serviço, caso contrário o atendimento pode não ocorrer). 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer registros digitais, em função da insuficiência de equipamentos (computadores). 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ações contra zoonoses e panfletagem. - Monitorar sistema de informação.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – CAMBÉ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Arrumar remédios dos pacientes. - Entregar consultas e exames - Realizar visitas domiciliares - Fazer relatórios das visitas. Nas fichas específicas para grupos (idoso, criança etc.) - Participar da ginástica promovida pelo educador físico do NASF. - Participar das reuniões de ACS (uma vez por semana) - Registrar no caderno de controle a pressão dos usuários, medida pelos técnicos de enfermagem em atividade pública na praça. - Orientar os usuários de acordo com sua demanda. - Participar da caminhada. - Acompanhar a enfermeira nos grupos e em atividades de educação em saúde, por exemplo, em escolas. (Os grupos não têm 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficar na recepção - Fazer bolinha de algodão - Dobrar gaze. 		

<p>sido realizados por falta de profissionais e porque há pouca participação; têm sido substituídos por atividade na praça).</p> <ul style="list-style-type: none">- Acompanhar profissionais do NASF em Visitas Domiciliares. (Não tem ocorrido por que os profissionais estão saindo da unidade).- Informar a TSB sobre necessidade de cuidados da saúde bucal das famílias visitadas (informação captada na entrevista da TSB).			
---	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – CURUÇA

Tarefas prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas Prescritas e não realizadas	Desvio de função
<ul style="list-style-type: none">- Realizar de palestras com gestantes, hipertensos, diabéticos, prevenção de câncer de mama e próstata.- Fazer visitas domiciliares (em média, 8 por dia).- Realizar alimentação do sistema.- Promover atividades em escolas e creches.- Orientar amamentação, alimentação e cuidados gerais com crianças.			

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – GARANHUNS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Fazer visitas domiciliares (diárias), acolhimento (três vezes por semana), realizar palestras, atividades educativas, quando demandadas pelo território (escolas, associação de moradores etc.) ou pela secretaria de saúde. - Organizar e planejamento das visitas domiciliares que realiza só e das que realiza com os profissionais de nível superior. - Participar das reuniões de equipe. - Realizar atividades burocráticas relativas à produtividade (à noite). - Preencher fichas do relatório, em grupo, uma vez por mês (trabalham em grupo ou trio, em função da facilidade em lidar com os dados e as informações necessárias para o e-SUS). - Atender às demandas da associação de moradores, realizando palestras quando convidada, e ajudando na divulgação de informações/ações de interesses da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar agendamento de exames à noite e outras atividades realizadas fora do horário de trabalho para atender/escutar necessidades da comunidade ou resolver questões referentes à relação entre a unidade de saúde e a rede de atenção, inclusive durante as férias. - Ajudar com recursos próprios e busca donativos, devido à precária situação econômica dos moradores 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficar com tempo reduzido para a VD, em função da decisão arbitrária da gestão de que os ACS ficam no acolhimento na UBS durante duas horas diárias, o que modifica a rotina desses profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer dispensação de medicamentos, em caso da ausência da técnica de enfermagem.

<ul style="list-style-type: none">- Estabelecer parcerias com as escolas, igrejas e associação de moradores quando precisa de espaço para realizar atividades.- Mobilizar, no sentido de explicar a população o que está ocorrendo, assim como acionar outros profissionais da unidade e órgãos públicos, para apoiarem naquilo que extrapola seu escopo de práticas e saberes.			
--	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - GOIÂNIA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Fazer educação em saúde - Fazer visitas domiciliares e: <ul style="list-style-type: none"> a) orientar sobre higiene; b) identificar grupos prioritários e realizar procedimentos de prevenção, promoção e encaminhamento ao atendimento. c) administrar medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atender na recepção. - Participar de campanhas de vacinação. - Lançar no prontuário. - Preencher e atualizar cartão. - Orientar mulheres sobre seus direitos. - Denunciar casos ao Conselho Tutelar. 		

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - JACIARA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar e fazer visita domiciliar mensal a todos os diabéticos (28) e hipertensos (18). - Verificar, na visita domiciliar, se pacientes diabéticos e hipertensos ainda têm medicação, como está a receita, se vencidas ou não. - Verificar se os diabéticos já fizeram, no mês, glicemia, pesagem e ida ao PSF. - Acompanhar visita mensal aos grupos de risco (diabéticos, hipertensos e crianças). - Organizar visita domiciliar por quadra (do início da quadra, até retornar à casa que começou). - Realizar cadastro familiar. - Preencher relatório mensal de produção e digitar no sistema e-SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Denunciar situação de violência contra idoso. - Inspeccionar risco de dengue. - Participar, com usuários hipertensos e diabéticos, de atividade física (caminhada), pela manhã (6h) e à noite (18h). - Fazer contato com político da região para ajudar na internação de paciente. 		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atividade na recepção, em escala com as outras ACS, para cobrir férias da recepcionista.

<ul style="list-style-type: none">- Verificar, na visita domiciliar, o cartão de vacinas (criança, gestante e adulto).- Comunicar a comunidade sobre eventos a serem realizados.- Participar de reunião diária com a enfermeira.- Realizar levantamento total das crianças de 1 a 5 anos que precisam vacinar, quando solicitado.- Participar de reunião semanal com a enfermeira para encaixe das novas atividades atendendo a demandas ou necessidades.- Participar de mobilização para arrecadar recursos para a reforma do centro comunitário de saúde.- Realizar rotinas administrativas, como agendamento de consulta.			
--	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – LAJE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<p>Organizar e realizar visitas domiciliares (organizadas em função das prioridades); agendamentos; acompanhamento do cartão de vacinação das crianças; visitas acompanhando a técnica de enfermagem, a enfermeira e a médica; grupo de hiperdia e os novos cadastramentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atividades variadas pelo fato de o ACS ser visto como “um pouco de tudo”, “médico, psicólogo”. Exemplo dado: Trabalhar em educação em saúde, no âmbito da vigilância sanitária diretamente com um morador. Por ser referente à questão de fossa/água, não estaria entre as atribuições do ACS. - Realizar articulação para o agendamento na central de marcação de exames, como tática para contornar as limitações de acesso do usuário a esse tipo de recurso do sistema. (Atividade feita regularmente) - Mobilizar a comunidade para conseguir cesta básica para uma moradora em dificuldades. - Promover os “Mutirões de saúde dos ACS” nos quais, eles fazem “todo o apanhado” (fazem prevenção, dão palestra, fazem suco, sabão, preparam a multimistura, cortam o cabelo) – 	<p>Foram 4 entrevistados. Uma individualmente e um grupo de 3. Identificam coisas que a unidade deveria fazer e não faz, mas em relação a eles próprios não existem dados sobre isso.</p>	<p>Não indicados.</p>

	<p>Atividade promovida em articulação com a Associação de ACS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações para construir casa para um morador muito pobre. - Fazer faxina na casa de uma moradora idosa e pobre. - Levar pessoas em seu carro, quando necessitam de um atendimento urgente/socorro (mordida de cobra; suposto infarte) – citada como exemplo de atividades que realizam como moradores que contribuem com os outros moradores. - Ajudar a quem bate na porta, pedindo ajuda. - Orientar sobre diversas questões, inclusive clínicas como “olhar uma ferida”, que ocorrem em situações sociais (igreja, reuniões, mercado). - Aplicar injeção. - Verificar pressão arterial (não realizada mais pois foi dito que não pode). 		
--	---	--	--

TRABALHADOR: AGENTE COMUNIÁRIO DE SAÚDE – MARACANAÚ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar vacina. - Orientar uma família em cuidados de higiene. - Orientar uma família em relação a riscos de gravidez, gravidez indesejada. - Fazer visitas domiciliares programadas, por grupos prioritários (“hoje eu vou visitar hipertenso. Então, hoje eu vou visitar meus hipertensos e diabéticos. Depois, gestantes, aí eu já sei o que eu vou tratar com gestantes. Crianças eu já sei... É o meu foco. Não é mais aquela coisa que você saía e englobava tudo”). - Fazer cadastros. - Participar de palestras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabeleceu um foco de atuação na saúde de gestantes e crianças. Portanto, foi além do prescrito. 	<p>Não identificado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Já fez atendimento de urgência em usuários. (desobstruiu vias aéreas de uma paciente idosa que passava mal). - Em virtude de uma formação em enfermagem, realiza alguns procedimentos específicos da área, em função das necessidades apresentadas pelos usuários.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - MARINGÁ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Realizar visita domiciliar (VD);- Participar de Programas como Hiperdia e Puericultura;- Organizar os prontuários;- Participar de reunião de equipe.	<ul style="list-style-type: none">- Participar da caminhada com os idosos, que têm a pressão arterial (PA) aferida pela enfermeira ao final da atividade física;	Não identificada.	<ul style="list-style-type: none">- Aplicar insulina em usuário.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNIÁRIO DE SAÚDE – MONTE AZUL

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer visitas domiciliares (média de 9 a 10 por dia).- Participar de campanhas.- Participar do Programa HiperDia.- Atualizar cadastro.- Cadastrar novos usuários.- Atualizar Sistema de Informação.- Participar de programa com idosos, via academia da saúde	<ul style="list-style-type: none">- Organizou e coordenou o caminhão da mamografia.- Atender demandas de usuários fora do horário e do espaço de trabalho.- Aferir pressão (principalmente de usuários idosos e/ou hipertensos).	-	<ul style="list-style-type: none">- Fazer trabalho administrativo para cobrir a falta da recepcionista na UBS.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – NIQUELÂNDIA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visitas domiciliares de acordo com o preconizado pela atenção básica. - Participar de reuniões com a equipe e a coordenação, com direito a opinar sobre assuntos da unidade. - Participar da 1ª etapa do curso de formação técnica de agente comunitário de saúde. - Realizar ações de educação permanente com a comunidade, nas escolas e espaços da comunidade. - Participar de ações integradas no combate à dengue. - Orientar os usuários sobre os atendimentos realizados no posto de saúde. - Promover ações programáticas no âmbito da ESF. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aferir pressão de idosos. - Atender, na recepção, quando necessário. 		

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PATOS DE MINAS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - A cada três dias, de 7h às 8h, fortalecer a recepção da unidade de saúde. - Fazer o acolhimento dos pacientes, entrega de receitas, separação de prontuário para as consultas. - Marca consultas. - De 8h às 11h, fazer visitas domiciliares (“a gente vai pra rua, entrega os papéis, orienta os pacientes”). - De 13h às 17h, permanecer na unidade para atualizar o e-SUS, arrumar prontuário e a organização interna. - Participar de reuniões de equipe e campanhas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Receber insumos e equipamentos. - Organizar espaço administrativo, inclusive comprando material de escritório com recursos próprios. - Acolher a demanda de usuários fora do horário e do espaço de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Com a equipe completa, havia: HiperDia; pesagem do Programa Bolsa Família e puericultura. 	<ul style="list-style-type: none"> - O desvio de função mais relevante é o desempenho de funções administrativas, mas que, na organização local do trabalho, se configura como tarefa prescrita

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - PENÁPOLIS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - A cada três dias, de 7h às 8h, fortalecer a recepção da unidade de saúde. - Fazer o acolhimento dos pacientes, entrega de receitas, separação de prontuário para as consultas. - Marca consultas. - De 8h às 11h, fazer visitas domiciliares (“a gente vai pra rua, entrega os papéis, orienta os pacientes”). - De 13h às 17h, permanecer na unidade para atualizar o e-SUS, arrumar prontuário e a organização interna. - Participar de reuniões de equipe e campanhas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Receber insumos e equipamentos. - Organizar espaço administrativo, inclusive comprando material de escritório com recursos próprios. - Acolher a demanda de usuários fora do horário e do espaço de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Com a equipe completa, havia: HiperDia; pesagem do Programa Bolsa Família e puericultura. 	<ul style="list-style-type: none"> - O desvio de função mais relevante é o desempenho de funções administrativas, mas que, na organização local do trabalho, se configura como tarefa prescrita.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - PIRIPIRI

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Pesquisar crianças;- Participar de reunião de equipe semanalmente;- Realizar visitas domiciliares diariamente;- Realizar visitas domiciliares com outros profissionais para casos prioritários;- Acompanhar as crianças (verificar cartão, pesagem);- Orientar famílias e usuários sobre suas necessidades e medidas preventivas relativas a agravos a saúde e situações específicas (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, etc.)- Coordenar o cuidado do usuário quando este precisa de atendimento de outro profissional;- Participar de atividades de educação permanente;- Preencher planilhas e fichas de acompanhamento dos grupos prioritários;	<ul style="list-style-type: none">- Orientar sobre a medicação de usuários;- Fazer marcação de consultas para o atendimento de enfermagem, médico e odontológico;	Não indicadas.	Não indicados.

<ul style="list-style-type: none">- Participar em grupos comunitários;- Participar de atividades junto ao NASF e CRAS (intersetoriais).			
--	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - RECIFE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<p>- Organizar e realizar visitas domiciliares (em função das prioridades); agendamentos; acompanhamento do cartão de vacinação das crianças; visitas com a técnica de enfermagem, a enfermeira e a médica; grupo de HiperDia e os novos cadastramentos.</p> <p>- Participar de reuniões de equipe e de capacitações.</p> <p>Obs.: de algumas gestões para cá, as capacitações deixaram de ser oferecidas. Considerando que a educação permanente é uma indicação da Pnab, pode-se considerar que, atualmente, ‘participar de capacitações’ é uma prática prescrita, mas não realizada por falta de oferta.</p>	<p>- Anteriormente, quando era PACS, as ACS realizavam algumas atividades de auxiliar de enfermagem, principalmente curativos.</p> <p>Hoje, há atendimento de demandas fora do horário de trabalho e do escopo de práticas dos ACS, como, por exemplo, socorro a sufocamento de um bebê, à noite, ou a aferição de pressão arterial.</p> <p>- Convocar a reunião de equipe, caso necessário, quando a enfermeira e a médica não estão.</p> <p>- Incorporar permanente novas questões ao trabalho, como a dengue, que não seria sua atribuição específica.</p> <p>- Além disso, há situações de assistência, como cuidar da alimentação de pessoas que precisam tomar medicação (DOTS) e se alimentar melhor, mas não têm recursos.</p>	<p>- Não realizar visitas domiciliares na quantidade e na forma adequadas, como lhes foi ensinado, devido ao número excessivo de famílias sob sua responsabilidade. (Considera que todas as famílias deveriam ser visitadas, mas acabam visitando somente os casos prioritários (diabetes, hipertensos, gestantes, acamados, crianças).</p> <p>- O grupo de HiperDia não é realizado como um grupo propriamente dito, pois não há espaço. Ele funciona como um dia comum de atendimento aos hipertensos e uma ‘sala de espera’.</p> <p>- Reclamação quanto a ser retirada do trabalho na área, devido à incorporação permanente de novas questões ao trabalho, como a dengue, que não seria sua atribuição específica, e a convocação para muitas reuniões.</p>	<p>- As ACS precisam estar de manhã no posto, para receber as pessoas da comunidade que chegam com alguma demanda (cartão perdido, inclusão de alguém novo).</p>

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – RIO DE JANEIRO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visitas domiciliares aos grupos prioritários (DCD). - Administrar o DOTS em domicílios. - Participar de reuniões de equipe. - Fazer busca ativa de gestantes, crianças e vacinas (?). - Fazer grupos (sala de espera) com a finalidade de prevenção e promoção (orientação). - Informar à enfermeira sobre casos identificados nas VDs. - Identificar crianças atrasadas no programa de imunização e comunicar à Técnica de Enfermagem. - Orientar mulheres em idade fértil a realizarem o exame preventivo. - Orientar as mulheres em idade fértil sobre planejamento familiar. - Orientar as gestantes sobre o aleitamento materno exclusivo. 			

<ul style="list-style-type: none">- Orientar as meninas na faixa etária adequada sobre a vacinação contra o HPV.- Orientar os homens em idade fértil sobre os exames do PSA.- Orientar os novos ACS sobre o seu trabalho			
--	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - SÃO MATEUS DO MARANHÃO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visitas domiciliares de rotina; - Realizar semanalmente VD's a acamados com o médico; - Preencher as fichas de cadastramento e de produtividade do e-SUS; - Realizar atividades nas escolas relacionadas ao PSE; - Participar da reunião mensal com a enfermeira; - Participar de cursos de educação continuada e permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar de reuniões do sindicato dos ACS; - Avisar aos usuários sobre a consulta marcada; - Verificar os locais com água parada para prevenção da dengue; - Justificar a falta de material e insumos na unidade para os usuários que chegam à unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visitas domiciliares com a enfermeira; - Realizar grupos com gestantes, crianças, idosos, hipertensos. 	

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – TAUÁ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Participar de campanhas de combate às arbovirozes. - Pesar crianças. - Participar de reunião semanal com a enfermeira para planejamento das atividades. - Realizar visita domiciliar diariamente. - Realização visitas domiciliares com outros profissionais para atender casos prioritários. - Fazer o acompanhamento das crianças (verificar cartão, pesagem). - Orientar famílias e usuários sobre suas necessidades e medidas preventivas relativas a agravos a saúde e situações específicas (educação em saúde). - Promover palestras nas escolas. - Coordenar o cuidado do usuário quando ele precisa de atendimento de outro profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar o cartão do SUS das crianças junto à SMS. - Entregar o cartão do SUS. 		

<ul style="list-style-type: none">- Participar de atividades de educação permanente.- Preencher planilhas e fichas.			
--	--	--	--

Quadro 4.1 Síntese das tarefas não prescritas e realizadas e dos desvios de função

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Município	Tarefas não prescritas e realizadas	Desvios de função
Abreu e Lima	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonar para unidades de referências para encaminhar usuários; - Limpar a UBS; - Recepcionar os usuários na UBS, quando da ausência da trabalhadora administrativa; - Separar os prontuários dos usuários a serem atendidos na UBS no início do turno da manhã e da tarde; - Justificar a falta de material e insumos na unidade para os usuários que chegam à unidade; - Preencher as planilhas referentes ao Programa Bolsa Família. - Organizar a ordem dos usuários na sala de espera para atendimento da TE; - Comunicar e solicitar a gestão municipal a necessidade de cursos de formação (microcefalia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar a farmácia e o armazenamento de medicamentos; - Dispensar medicação na UBS; - Limpar a UBS.
Aparecida do Taboado	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar faxina na unidade quando falta a funcionária dos Serviços Gerais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar faxina na unidade quando falta a funcionária dos Serviços Gerais.
Belo Horizonte	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar a atuação de outros profissionais da saúde, em função de seu conhecimento acerca do território e dos usuários (Exemplo: organizar o percurso de vacinação domiciliar em função de uma campanha); - Acolher a demanda de usuários fora do horário e do espaço de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ações de zoonoses e panfletagem; - Monitorar o sistema de informação.

	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuir preservativos; - Solicitar atendimentos de emergência (Contatar o SAMU em função de sua legitimidade com o serviço, caso contrário o atendimento pode não acontecer). 	
Cambé	<ul style="list-style-type: none"> - Ficar na recepção; - Fazer bolinha de algodão; - Dobrar gaze. 	Não indicados
Curuçá	Não indicadas	Não indicadas
Garanhuns	<p>Comunicar o agendamento de exames à noite e outras atividades realizadas fora do horário de trabalho para atender/escutar necessidades da comunidade ou resolver questões referentes à relação entre a unidade de saúde e a rede de atenção, inclusive durante as férias;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudar com recursos próprios e buscar donativos, frente à situação econômica dos moradores. 	- Dispensar medicamentos, em caso da ausência da técnica de enfermagem.
Goiânia	<ul style="list-style-type: none"> - Atender na recepção; - Participar de campanhas de vacinação; - Lançar informações no prontuário; - Preencher e atualizar o cartão; - Orientar as mulheres sobre seus direitos; - Denunciar casos ao Conselho Tutelar. 	Não indicados
Jaciara	<ul style="list-style-type: none"> - Denunciar situação de violência contra idoso; - Realizar atividade de inspeção relacionada à dengue; 	- Realizar atividade na recepção em escala com as outras ACS para cobrir férias da recepcionista.

	<ul style="list-style-type: none"> - Participar com os usuários hipertensos e diabéticos de atividade física (caminhada) pela manhã (6:00h) e à noite (18:00h). - Fazer contato com político da região para ajudar na internação de paciente. 	
Laje	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atividades variadas pelo fato de o ACS ser visto como “um pouco de tudo”, “médico, psicólogo”. Exemplo dado: Trabalhar em educação em saúde, no âmbito da vigilância sanitária diretamente com um morador. Por ser referente à questão de fossa/água, não estaria entre as atribuições do ACS. - Realizar articulação para o agendamento na central de marcação de exames, como tática para contornar as limitações de acesso do usuário a esse tipo de recurso do sistema. (Atividade feita regularmente) - Mobilizar a comunidade para conseguir cesta básica para uma moradora em dificuldades. - Promover os “Mutirões de Saúde dos ACS”, nos quais fazem “ todo o apanhado” (toda a prevenção: dão palestra, fazem suco, sabão, preparam a multimistura, cortam o cabelo) – Atividade promovida em articulação coma a Associação de ACS. - Realizar ações para construir casa para um morador muito pobre. - Fazer faxina na casa de uma moradora idosa e pobre. 	Não indicados

	<ul style="list-style-type: none"> - Levar pessoas em seu carro, quando necessitam de um atendimento urgente/socorro (mordida de cobra; suposto enfarte) – citada como exemplo de atividades que realizam como moradores que contribuem com os outros moradores. - Ajudar a quem bate na porta, pedindo ajuda. - Orientar sobre diversas questões, inclusive clínicas, que ocorrem em situações sociais (igreja, reuniões, mercado). Exemplo: “olhar uma ferida”. - Aplicar injeção. - Verificar pressão arterial (não realizada mais, pois lhe foi dito que não pode). 	
Maracanaú	<ul style="list-style-type: none"> - Estabeleceu um foco de atuação na saúde das gestantes e crianças. Portanto, vai além do prescrito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Já realizou atendimento de urgência a usuários (desobstruiu vias aéreas de uma paciente idosa que passava mal); - Em virtude de uma formação em enfermagem, acaba realizando alguns procedimentos específicos desta área, em função das necessidades apresentadas pelos usuários.
Maringá	<ul style="list-style-type: none"> - Participar da caminhada com os idosos, que têm a pressão arterial (PA) aferida pela enfermeira ao final da atividade física. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar insulina em usuário.
Monte Azul	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar e coordenar o caminhão da mamografia. - Atender demandas de usuários fora do horário e do espaço de trabalho; 	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar trabalho administrativo para cobrir a falta da recepcionista na UBS.

	- Aferir pressão (principalmente de usuários idosos e/ou hipertensos).	
Niquelândia	- Aferir pressão de idosos; - Atender na recepção quando necessário.	Não indicados
Patos de Minas	- Receber insumos e equipamentos; - Organizar o espaço administrativo, inclusive comprar material de escritório com recursos próprios; - Acolher a demanda de usuários fora do horário e do espaço de trabalho.	- O desvio de função mais importante é o desempenho de funções administrativas, mas que, na organização local do trabalho, se configura como tarefa prescrita.
Penápolis	- Entregar medicação nos domicílios; - Levar documentos/receitas médicas na casa de usuários que não são de sua microárea; - Marcar consultas, quando falta a recepcionista; - Realizar atividades de combate ao Aedes Egypt, conjuntamente com os ACE, nos sábados.	- Preencher as fichas de exames preventivos, em função da “sobrecarga de trabalho da enfermeira”; - Marcar consultas, quando falta a recepcionista.
Piripiri	- Orientar sobre a medicação de usuários; - Fazer marcação de consultas para o atendimento de enfermagem, médico e odontológico.	Não indicados.
Recife	- Anteriormente, quando era PACS, as ACS realizavam algumas atividades de auxiliar de enfermagem, principalmente curativos; - Hoje, atendem demandas fora do horário de trabalho e do escopo de práticas dos	- As ACS precisam estar de manhã no posto para receber as pessoas da comunidade que chegam com alguma demanda (cartão perdido, inclusão de alguém novo)

	<p>ACS, como por exemplo, socorrer um bebê sufocando, à noite, ou aferir pressão;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convocar a reunião de equipe, caso necessário, quando a enfermeira e a médica não estão; <p>Incorporam permanentemente novas questões ao trabalho, como a dengue que não seria sua atribuição específica.</p> <p>Além disso, há situações de assistência como cuidar da alimentação de pessoas que precisam tomar medicação (DOTS) e se alimentar melhor, mas não têm recursos.</p>	
Rio de Janeiro	Não indicadas	Não indicados
São Mateus do Maranhão	<ul style="list-style-type: none"> - Avisar aos usuários sobre a consulta marcada; - Verificar os locais com água parada para prevenção da dengue; - Justificar a falta de material e insumos na unidade para os usuários que chegam à unidade. 	Não indicados
Tauá	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar o cartão do SUS das crianças junto à SMS: - Entregar o cartão do SUS. 	Não indicados

4.3.2 Tendências de alterações no escopo de práticas dos Técnicos em Enfermagem

Os técnicos de enfermagem das unidades de saúde da família pesquisadas demonstraram que o seu trabalho se caracteriza por ser dividido em amplas áreas. Por exemplo, um técnico é responsável por cada setor inerente aos procedimentos e práticas de enfermagem como sala de imunização, sala de curativos, sala de procedimentos, sala para administração de medicamentos. Conseqüentemente, a maior parte do tempo de trabalho do TEn ocorre no interior da unidade, com pouca interação com famílias e comunidade.

De acordo com a Pnab, é função do auxiliar e do técnico de enfermagem: I – participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); II – realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; III – realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; IV – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; V – contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Dentre as atividades prescritas e realizadas, grande parte delas é referente aos procedimentos e técnicas regulamentadas pela lei do exercício profissional e pelos conselhos estaduais e o federal. Podemos citar a aferição de sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura), aferição de dados antropométricos (peso, estatura, IMC e circunferência abdominal), administração de medicamentos, realização de curativo, retirada de pontos cirúrgicos e técnicas e procedimentos de imunização, entre outros.

Também observamos atividades de acordo com a demanda espontânea, como classificação e triagem dos usuários para atendimento médico e de enfermagem, realização de atendimento pré-hospitalar e técnicas de primeiros socorros. As ações de educação em saúde ocorrem durante a realização e a participação dos grupos específicos (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde mental, hipertensão e diabetes). A atribuição de participar de gerenciamento dos insumos da unidade é observada nas atividades de solicitação, recebimento, armazenamento e controle de materiais, bem como nas atividades de esterilização e lavagem de instrumentais. Os técnicos relataram também a participação em atividades de capacitação e afirmaram que mais cursos são necessários.

Observamos atividades que se encaixam nas atribuições comuns a todos os profissionais da ESF, de acordo com a Pnab. São elas: participar do acolhimento, realizar visita domiciliar, promover busca ativa de usuários, faltosos ou de quem está com o calendário vacinal atrasado, participar das reuniões de equipe, registrar as atividades nos sistemas de informação.

Já em relação às atividades consideradas como desvio de função, foram citados: atuar na farmácia com a dispensação e orientação de medicamentos; dirigir para a unidade na falta do motorista, fazer marcação e agendamentos de consultas médicas e exames, limpar a unidade na falta de equipe de serviços gerais, realizar cateterismo vesical e coleta de exame Papanicolau, prescrever medicamentos e, a mais prevalente, trabalhar na recepção da unidade. Alguns profissionais não estão cadastrados como TEn no CNES.

Quadro 4: Escopo de práticas dos trabalhadores técnicos das eSF investigadas

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – ABREU E LIMA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Fazer curativos. - Aferir sinais vitais. - Fazer visita domiciliar. - Fazer glicemia capilar. - Retirar pontos cirúrgicos. - Administrar vacina. - Participar do acolhimento aos usuários. - Participar de interconsultas junto com a enfermeira. - Receber e armazenar as vacinas na UBS. - Preparar sala de vacina - Realizar (participar de) reuniões de equipe. - Registrar as atividades nos sistemas de informação na atenção básica. - Promover ações de educação em saúde. - Preencher o cartão de vacinas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Justificar aos usuários a falta de material e insumos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar vacina em todos os turnos da semana de campanha de vacinação por falta de material. - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispensar medicamentos. - Pegar vacinas na coordenação da PNI.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – APARECIDA DO TABOADO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Preparar sala de vacina.- Receber e armazenar as vacinas na UBS.- Preencher o cartão de vacinas.- Participar do gerenciamento dos insumos.- Administrar vacina;- Realizar Teste do Pezinho.- Coletar material para exame.- Fazer visita domiciliar.- Fazer curativos.- Aferir sinais vitais.- Participar dos grupos de hipertensos, diabéticos.			<ul style="list-style-type: none">- Ficar na recepção.- Agendar consulta médica.- Atuar como motorista na ausência do mesmo.- Coletar material para exame Papanicolau.- Fazer cateterismo vesical.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM SAÚDE – BELO HORIZONTE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Aferir sinais vitais.- Fazer curativos.- Coletar material para exame.- Administrar vacina.- Administrar medicamento.- Fazer eletrocardiograma.- Participar do acolhimento aos usuários.- Fazer visita domiciliar.- Fazer glicemia capilar.- Fazer prova do laço.	<ul style="list-style-type: none">- Acompanhar pacientes na ambulância.		<ul style="list-style-type: none">- Ficar na recepção.- Dispensar medicamentos.- Orientar sobre medicamentos.- Atuar na farmácia.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – CURUÇA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Administrar vacina.- Preparar sala de vacina.- Preencher o cartão de vacinas.- Receber e armazenar as vacinas na UBS.- Participar do gerenciamento dos insumos.- Aferir sinais vitais.- Aferir dados antropométricos.- Realizar Teste do Pezinho.- Classificar e triar os usuários.			<ul style="list-style-type: none">- Limpar a unidade (não há serviços gerais).

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – GARANHUS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Classificar e triar os usuários. - Aferir sinais vitais. - Aferir dados antropométricos. - Fazer glicemia capilar. - Fazer curativos. - Retirar pontos cirúrgicos. - Fazer visita domiciliar. - Realizar (participar) reuniões de equipes. - Registrar as atividades nos sistemas de informação na atenção básica. - Administrar vacina. - Preparar sala de vacina. - Preencher o cartão de vacinas. - Receber e armazenar as vacinas na UBS. - Participar do gerenciamento dos insumos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar relatório, em conjunto com a enfermeira e o médico, descrevendo situação de abandono familiar de idosos ou de crianças, para ser encaminhado ao Conselho Tutelar ou Conselho do idoso para providências. 		<ul style="list-style-type: none"> - Dispensar medicamentos. - Orientar sobre medicamentos. - Atuar na farmácia. - Realizar cateterismo vesical.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – GOIÂNIA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Classificar e triar os usuários.- Fazer curativo.- Aferir sinais vitais.- Coletar material para exames.- Participar dos grupos de hipertensos.- Fazer glicemia capilar.- Administrar medicamento.- Promover ações de educação em saúde.	<ul style="list-style-type: none">- Fazer manobras cardiorrespiratórias em emergências e na ausência do médico.		<ul style="list-style-type: none">- Fazer cateterismo vesical.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – JACIARA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Preparar sala de vacina.- Receber e armazenar as vacinas na UBS.- Preencher o cartão de vacinas.- Participar do gerenciamento dos insumos.- Administrar vacina.- Aferir sinais vitais.- Aferir dados antropométricos.- Classificar e triar os usuários.- Fazer glicemia capilar.- Fazer curativos.- Administrar medicamentos.- Esterilizar produtos.- Lavar materiais.- Registrar as atividades nos sistemas de informação da atenção básica.- Fazer visita domiciliar.			<ul style="list-style-type: none">- Abrir a unidade às 7h (não há segurança).- Limpar a unidade.- Ficar na recepção.- Dispensar medicamentos.- Agendar consultas médicas.- Marcar exames.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – LAJE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Participar dos grupos de hipertensos, diabéticos; saúde da mulher, saúde da criança.- Realizar ações de educação em saúde.- Fazer visita domiciliar.- Aferir sinais vitais.- Aferir dados antropométricos.- Classificar e triar os usuários.- Participar do acolhimento aos usuários.- Fazer curativos.- Registrar as atividades nos sistemas de informação na atenção básica.	<ul style="list-style-type: none">- Articular os encaminhamentos da unidade com a central de regulação.- Fazer atendimentos em casa, nos finais de semana e feriados.- Realizar procedimentos de primeiros socorros (nos casos de acidentes de trânsito – motos e queimados).	<ul style="list-style-type: none">- Realizar (participar) reuniões de equipes.- Esterilizar instrumentais (autoclave quebrada).	<ul style="list-style-type: none">- Está cadastrada no CNES como TSB, atua como Técnica de Enfermagem e está vinculada no município como Agente de Saúde.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – MARACANAÚ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Classificar e triar os usuários.- Aferir sinais vitais.- Aferir dados antropométricos.- Fazer curativos.- Retirar pontos cirúrgicos.- Administrar medicamento.- Fazer visita domiciliar.- Fazer glicemia capilar.			<ul style="list-style-type: none">- Reorganizar a agenda e o horário de atendimento médico, associando à agenda e ao horário da enfermagem (agilizar o atendimento).- Distribuir a ficha de atendimento médico.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – MARINGÁ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer visita domiciliar.- Fazer curativos.- Administrar vacinas.- Participar dos grupos de hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, saúde da criança.- Administrar medicamento.- Participar do grupo de usuários do serviço de saúde mental.- Realizar (participar) reuniões de equipes.- Aferir sinais vitais.- Registrar as atividades nos sistemas de informação na atenção básica.			<ul style="list-style-type: none">- Atuar como motorista quando é preciso pegar vacinas.- Ficar na recepção.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – MONTE AZUL

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Realizar atividades de educação e saúde nas escolas e creches, da cidade e da Zona Rural, trimestralmente, promovendo escovação supervisionada, aplicação de flúor e palestras.- Participar de atividades educativas com grupos prioritários (gestantes e crianças), com a enfermeira;- Auxiliar e instrumentalizar a cirurgiã-dentista.- Priorizar e agendar usuários mais “necessitados” na agenda dos profissionais do Centro de Especialidade Odontológica (CEO).- Recepcionar/acolher os usuários que chegam à unidade ou no CEO.	<ul style="list-style-type: none">- Auxiliar e instrumentalizar o dentista do Centro de Especialidade Odontológica (CEO).	<ul style="list-style-type: none">- Realizar atividades de promoção de saúde com mais frequência e atividades nas creches da Zona Rural, devido à falta de infraestrutura.	

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – NIQUELÂNDIA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer visita domiciliar.- Fazer curativos.- Administrar vacinas.- Participar dos grupos de hipertensos, diabéticos.- Administrar medicação.- Realizar (participar) reuniões de equipes.- Aferir sinais vitais.	<ul style="list-style-type: none">- Fazer curativos complexos.		<ul style="list-style-type: none">- Atuar como motorista quando é preciso pegar vacinas.- Ficar na recepção.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – PATOS DE MINAS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Participar do acolhimento aos usuários.- Administrar medicamentos.- Administrar vacinas.- Coletar material para exames.- Esterilizar produtos.- Realizar Teste do Pezinho.- Fazer curativos.- Participar do gerenciamento dos insumos.- Lavar materiais.- Fazer busca ativa de crianças com vacina atrasada.	<ul style="list-style-type: none">- Entregar resultados de exames de toxoplasmose.	<ul style="list-style-type: none">- Fazer visita domiciliar.- Participar dos grupos de hipertensos, diabéticos.	<ul style="list-style-type: none">- Ficar na recepção.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – PENÁPOLIS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Atender o pré e o pós-consulta ginecológica.- Fazer eletrocardiograma.- Registrar as atividades nos sistemas de informação na atenção básica.- Classificar e triar as gestantes.- Administrar medicamento.		<ul style="list-style-type: none">- Orientar sobre amamentação.	<ul style="list-style-type: none">- Marcar exames.- Agendar consultas.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – PIRIPIRI

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Administrar vacinas.- Realizar ações de educação em saúde.- Fazer curativos.- Preencher o cartão de vacinas.- Orientar sobre as reações adversas das vacinas.- Administrar medicamentos.- Classificar e triar os usuários.			<ul style="list-style-type: none">- Prescrever medicamentos.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – RECIFE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Coletar material para exame.- Preencher o cartão de vacina.- Fazer visita domiciliar.- Administrar vacina.- Fazer curativos.- Retirar pontos cirúrgicos.- Participar dos grupos de hipertensos, diabéticos.- Realizar (participar) reuniões de equipes.- Registrar as atividades nos sistemas de informação na atenção básica.		<ul style="list-style-type: none">- Administrar vacina (devido à falta de vacina).	<ul style="list-style-type: none">- No CNES, consta como Auxiliar de Enfermagem.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – RIO DE JANEIRO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Realizar (participar) reuniões de equipes.- Fazer visita domiciliar.- Fazer curativos.- Aferir sinais vitais.- Administrar vacinas.- Administrar medicamentos.- Fazer Teste do Pezinho.- Fazer teste rápido.- Preparar sala de vacina.- Fazer glicemia capilar.- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.	<ul style="list-style-type: none">- Entregar resultados sem alterações.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – SÃO MATEUS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer visita domiciliar.- Aferir sinais vitais.- Fazer glicemia capilar.- Registrar as atividades nos sistemas de informação da atenção básica;- Aferir dados antropométricos.- Classificar e triar os usuários.- Administrar medicamentos.- Participar de interconsultas com a enfermeira.- Atender o pré e o pós-consulta ginecológica.- Fazer curativos.- Promover ações de educação em saúde.- Participar dos grupos de saúde da mulher e saúde da criança.			<ul style="list-style-type: none">- Marcar consulta médica.- Organizar fila de espera para atendimento médico.- Registrar as atividades da enfermeira.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – TAUÁ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Realizar busca ativa dos faltosos.- Preencher o cartão de vacinas.- Orientar sobre as reações adversas das vacinas.- Preparar sala de vacina.- Registrar as atividades nos sistemas de informação na atenção básica.- Participar dos grupos de hipertensos, diabéticos e idosos.- Participar do gerenciamento dos insumos.- Promover ações de educação em saúde.	<ul style="list-style-type: none">- Diagnosticar casos de violência ao idoso e acionar o conselho tutelar.		

Quadro 4.1 Síntese das tarefas não prescritas e realizadas e dos desvios de função

TRABALHADOR: TÉCNICO EM ENFERMAGEM (TE_n)

Município	Tarefas não prescritas e realizadas	Desvios de função
Abreu e Lima	- Justificar aos usuários a falta de material e insumos.	- Dispensar medicamentos. - Pegar vacinas na coordenação da PNI.
São Mateus do Maranhão	Não há.	- Marcar consulta médica. - Organizar fila de espera para atendimento médico. - Registrar as atividades da enfermeira.
Niquelândia	- Realizar curativos complexos	- Atuar como motorista quando precisa ir pegar as vacinas. - Ficar na recepção.
Belo Horizonte	- Acompanhar pacientes na ambulância (É função do técnico de enfermagem).	- Ficar na recepção. - Dispensar medicamentos. - Orientar sobre medicamentos. - Atuar na farmácia.
Cambé	Não analisada.	Não analisada.
Curuçá	Não há.	- Limpar a unidade (não possui serviços gerais).
Garanhuns	- Elaborar relatório, em conjunto com a enfermeira e o médico, descrevendo situação de abandono familiar de idoso ou de crianças para ser encaminhada ao Conselho Tutelar ou ao Conselho do Idoso para providências.	- Dispensar medicamentos. - Orientar sobre medicamentos. - Atuar na farmácia. - Realizar cateterismo vesical.
Piripiri	Não há.	- Prescrever medicamentos.
Goiânia	- Fazer manobras cardiorrespiratórias em emergências e na ausência do médico.	- Realizar cateterismo vesical.
Jaciara	Não há	- Abrir a unidade às 7h (não há segurança). - Limpar a unidade - Ficar na recepção.

		<ul style="list-style-type: none"> - Dispensar medicamentos. - Agendar consultas médicas. - Marcar exames.
Maracanaú	Não há.	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganizar agenda e horário de atendimento médico associada à agenda e ao horário de enfermagem (agilizar o atendimento). - Distribuir a ficha de atendimento médico.
Maringá	Não há.	<ul style="list-style-type: none"> - Atuar como motorista quando precisa ir pegar as vacinas. - Ficar na recepção.
Monte Azul	Não há.	Não há.
Patos de Minas	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar resultados de exames de toxoplasmose. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ficar na recepção.
Penápolis	Não há.	<ul style="list-style-type: none"> - Marcar de exames. - Agendar consultas.
Recife	Não há.	<ul style="list-style-type: none"> - No CNES consta como AuxEnf.
Rio de Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar resultados sem alterações. 	Não há.
Laje	<ul style="list-style-type: none"> - Articular os encaminhamentos da unidade com a central de regulação. - Realizar atendimentos nos fins de semana e feriados em casa. - Realizar procedimentos de primeiros socorros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Está cadastrada no CNES como TSB, atua como Técnica de Enfermagem e está vinculada no município como agente de saúde.
Tauá	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar casos de violência contra o idoso e acionar o conselho tutelar. 	Não há.
Aparecida do Taboado	Não há.	<ul style="list-style-type: none"> - Ficar na recepção. - Agendar consulta médica. - Atuar como motorista na ausência do mesmo. - Coletar exame Papanicolau. - Realizar cateterismo vesical.

4.3.3. Tendências de alterações no escopo de práticas dos Técnicos em Saúde Bucal

Os profissionais Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) foram selecionados para a pesquisa de acordo com os municípios indicados pelo CNES como pertencentes às Equipes de Saúde Bucal (ESB) modalidade II (presença de um cirurgião-dentista, um ASB ou TSB e um TSB). Todavia, em alguns municípios, mesmo que constasse no sistema que havia profissionais incorporados nessa modalidade, eles não estavam presentes quando da realização das idas a campo para entrevistas e observações. Sendo assim, nos vinte municípios pesquisados, em seis o ASB foi entrevistado e, em catorze, o TSB.

Em relação ao escopo de práticas – tarefas prescritas e realizadas; tarefas não prescritas e realizadas; tarefas prescritas e não realizadas; e desvios de função –, lançou-se mão, para a análise, da Política Nacional da Atenção Básica (Pnab) e da Lei de Regulamentação das profissões do ASB e do TSB nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. A primeira traz as atribuições que são comuns aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como as atribuições específicas dos profissionais de saúde bucal; a segunda complementa as atribuições peculiares dos mesmos e regulamenta que as atividades do ASB serão supervisionadas por cirurgião-dentista ou TSB, e que este deve ser supervisionado pelo dentista e lhe compete as atividades estabelecidas ao ASB. As atribuições de ambos os documentos são:

Os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família da pesquisa mostraram que suas tarefas perpassam o ambiente físico da unidade (sala odontológica e a própria unidade) e o ambiente externo, tendo interação com os usuários em todos os espaços. As tarefas prescritas englobam tanto as atividades da Lei de Regulamentação quanto as da Pnab, como: auxiliar e instrumentalizar a cirurgiã-dentista; remover sutura; aplicar flúor; fazer profilaxia; auxiliar a dentista nos atendimentos do consultório; organizar o equipamento e o material que será usado nas consultas; realizar atividade de educação em saúde; esterilizar o instrumental; fazer visitas domiciliares; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; fazer busca ativa de famílias; participar de reuniões de equipe; e registrar as atividades nos sistemas de informação.

Dentre as tarefas não prescritas e realizadas destacam-se: fazer tartarectomia supragengival; promover encaminhamentos às especialidades; comunicar agendamento por telefone; ajudar a técnica de enfermagem nas visitas domiciliares, uma vez que os membros da Equipe de Saúde da Família fazem estas tarefas em conjunto; auxiliar e instrumentalizar o dentista do Centro de Especialidade Odontológica (CEO); fazer atendimento em áreas rurais

fora da área de atuação, centro de especialidades e em outros postos de saúde; realizar atividades aos sábados, quando necessário.

Ao analisar as últimas tarefas supracitadas, salienta-se que a Atenção Básica de Saúde (ABS) estabelece uma rede de atendimentos e serviços que tende ser o mais suficiente possível. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma delas e, sendo assim, deve-se considerar que em locais onde há poucos profissionais, eles se revezam entre as unidades da região para que a população tenha acesso a serviços e atendimentos de saúde, e não seja prejudicada.

Em relação às tarefas prescritas e não realizadas, foram observadas: realizar atividades de promoção de saúde com mais frequência e atividades nas creches da Zona Rural; fechar o dente; fazer restauração e limpeza; suturar; realizar visitas domiciliares; fazer palestras; fazer profilaxia; promover escovação supervisionada na unidade; e participar de reuniões de equipe. Muitas dessas tarefas não são realizadas em virtude da falta de infraestrutura ou da falta de tempo por causa do excesso de demandas.

Os desvios de função observados na pesquisa, no que tange às tarefas dos profissionais de saúde bucal, se restringem às funções de enfermagem (aferir pressão arterial, entregar leite, preencher registros tanto do técnico quanto do enfermeiro, realizar pesagem, tirar medidas de pacientes e apoiar a enfermeira durante a puericultura), de farmácia (entregar medicamentos), de recepção (atender ao telefone e os usuários que chegam) e de auxiliar de serviços gerais (limpar o chão e fazer o café).

Quadro 4: Escopo de práticas dos trabalhadores técnicos das eSF investigadas

TRABALHADOR: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – ABREU E LIMA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar marcação de consultas e organizar a agenda dos atendimentos clínicos por linha de cuidado: hipertensos, diabéticos, crianças, gestante. - Auxiliar a dentista nos atendimentos do consultório. - Organizar o equipamento e material que será usado nas consultas. - Realizar atividade de educação em saúde (palestras) para os usuários na sala de espera. - Fazer a esterilização do instrumental. - Fazer visitas domiciliares a acamados. - Promover atividades de educação em saúde e levantamento epidemiológico na escola, incluindo palestra, aplicação de flúor e escovação. 			

<ul style="list-style-type: none">- Participar mensalmente de reunião de equipe.- Planejar as atividades junto com a dentista.- Preencher e digitar a ficha clínica do paciente, incluindo o odontograma.			
---	--	--	--

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – APARECIDA DO TABOADO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Agendar os pacientes.- Organizar o consultório para o atendimento.- Realizar anotações.- Ligar o motor.- promover prevenção na escola.- Retirar pontos (remoção de sutura).		<ul style="list-style-type: none">- Fechar o dente.- Fazer restauração.- Fazer limpeza.- Suturar.	<ul style="list-style-type: none">- Fazer café e limpar o chão.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – BELO HORIZONTE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer tartarectomia com polimento.- Remover sutura.- Fazer restaurações.- Aplicar flúor.- Fazer profilaxia.- Supervisionar escovações.- Fazer trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (aulas de Liang Gong – prática corporal chinesa – e participar das comissões de Saúde e da de Qualidade da Água).- Fazer visita domiciliar.- Planejar e organizar o trabalho no PSE, assim como registrar informações referentes às escolas e às crianças inseridas no programa.- Alimentar o sistema e-SUS.- Organizar o instrumental.- Fazer lavagem e desinfecção do instrumental.	<ul style="list-style-type: none">- Fazer tartarectomia supragengival.		<ul style="list-style-type: none">- Apoiar os funcionários da recepção.

- Participar dos grupos de usuários prioritários.			
---	--	--	--

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – CAMBÉ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer triagem de emergências.- Orientar os usuários de acordo com a demanda.- Fazer a higiene bucal dos usuários para o atendimento pelo dentista.- Promover ações de educação em saúde em creches e escolas.- Fazer busca ativa de famílias.- Fazer busca ativa de recém-nascidos.- Esterilizar o material.- Fazer classificação de risco.- Fazer visitas domiciliares.- Proferir palestras para educação em saúde bucal.- Instrumentalizar o trabalho do dentista.	<ul style="list-style-type: none">- Encaminhar usuários para as especialidades.	<ul style="list-style-type: none">- Fazer visitas domiciliares.	

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – CURUÇA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Auxiliar na instrumentação.- Orientar.- Lavar materiais odontológicos.- Orientar as gestantes.- Participar de reuniões de equipe.- Fazer as fichas dos pacientes.- Marcar consultas.- Fazer restauração.- Fazer extração.- Fazer limpeza.		<ul style="list-style-type: none">- Fazer palestras (devido à falta de estrutura).- Fazer profilaxia (devido à falta de estrutura).	

TRABALHADOR: AXILIAR DE SAÚDE BUCAL – GARANHUS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Fazer limpeza e esterilização do instrumental. - Fazer marcação de consulta e organizar a agenda de atendimentos. - Participar de reunião de equipe. - Planejar atendimentos com a dentista. - Organizar o material, equipamento e o instrumental para a consulta. - Fazer visitas domiciliares. - Auxiliar a dentista no atendimento clínico ao público (demanda espontânea e demanda agendada). - Promover atividades educativas na escola, pelo PSE, com aplicação de flúor, levantamento epidemiológico, palestras e escovação. - Promover atividade de educação em saúde para as gestantes na unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Remover sutura. - Ajudar a técnica de enfermagem nas visitas domiciliares. 		<ul style="list-style-type: none"> - Atender os usuários que chegam à unidade, em caso de ausência da recepcionista.

<ul style="list-style-type: none">- Separar e organizar os prontuários dos usuários a serem atendidos.- Participar de mutirões de promoção e educação em saúde, com a equipe.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.- Preencher os mapas diários e mensais de atendimento do e-SUS referentes às suas atividades e às da dentista.- Limpar o consultório odontológico (ambiente).			
--	--	--	--

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – JACIARA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Recepcionar os pacientes. - Preencher o prontuário de consulta odontológica do paciente e organizar o arquivo odontológico. - Promover orientações educativas de saúde bucal na sala de espera. - Fazer limpeza e desinfecção de móveis e ambientes odontológicos. - Fazer a restauração da cavidade preparada pela dentista. - Preparar o amálgama. - Fazer assepsia da cadeira odontológica com álcool, da mesa de equipamentos, troca de broca e do bico do sugador. - Auxiliar a dentista, tanto no consultório quanto nas escolas, na escovação supervisionada. - Fazer e orientar a escovação supervisionada. - Realizar trabalho em equipe. - Fazer mensalmente trabalho educativo junto às escolas. - Fazer atendimento a paciente especial com síndrome de Down. 		<ul style="list-style-type: none"> - Fazer escovação supervisionada na unidade, devido à desativação do escovódromo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar no atendimento na recepção. - Dispensar medicamentos com autorização da enfermeira.

<ul style="list-style-type: none">- Organizar a sala para atendimento: verificar foco, equipamentos e dispor instrumentais sobre a mesa.- Preparar o anestésico para a dentista.- Fazer atendimento semanal nas creches e lar da criança, com escovação e aplicação tópica de flúor.- Fazer, após abertura da cavidade pela dentista, restauração, limpeza, profilaxia e raspagem supragengival.- Fazer exame clínico (como examinador).- Fazer relatório.			
---	--	--	--

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – JACIARA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Recepcionar os pacientes. - Preencher o prontuário de consulta odontológica do paciente e organizar o arquivo odontológico. - Promover orientações educativas de saúde bucal na sala de espera. - Fazer limpeza e desinfecção de móveis e ambientes odontológicos. - Fazer a restauração da cavidade preparada pela dentista. - Preparar o amálgama. - Fazer assepsia da cadeira odontológica com álcool, da mesa de equipamentos, troca de broca e do bico do sugador. - Auxiliar a dentista, tanto no consultório quanto nas escolas, na escovação supervisionada. - Fazer e orientar a escovação supervisionada. - Realizar trabalho em equipe. - Fazer mensalmente trabalho educativo junto às escolas. - Fazer atendimento a paciente especial com síndrome de Down. 		<ul style="list-style-type: none"> - Fazer escovação supervisionada na unidade, devido à desativação do escovódromo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar no atendimento na recepção. - Dispensar medicamentos com autorização da enfermeira.

<ul style="list-style-type: none">- Organizar a sala para atendimento: verificar foco, equipamentos e dispor instrumentais sobre a mesa.- Preparar o anestésico para a dentista.- Fazer atendimento semanal nas creches e lar da criança, com escovação e aplicação tópica de flúor.- Fazer, após abertura da cavidade pela dentista, restauração, limpeza, profilaxia e raspagem supragengival.- Fazer exame clínico (como examinador).- Fazer relatório.			
---	--	--	--

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – MARACANAÚ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fiscalizar e organizar a sala para o atendimento odontológico.- Verificar a falta de material e preencher o mapa para fazer os pedidos.- Entregar as fichas dos usuários para organizar o atendimento.- Conversar com os usuários e fazer palestras sobre a escovação dos dentes.- Verificar se a escovação está sendo feita corretamente.		<ul style="list-style-type: none">- Participar de reuniões de equipe.	

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – MARINGÁ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Orientar a profilaxia e a escovação.- Fazer palestras e orientações para o grupo de gestantes.- Dar orientação sobre escovação nas escolas.- Fazer palestras para grupos de HiperDia, puericultura ou de saúde mental sobre como fazer a higiene bucal.		<ul style="list-style-type: none">- Participar de reuniões de equipe.	<ul style="list-style-type: none">- Fazer atendimento de porta e atender ao telefone.- Digitar registros de produção da TEn e da Enfermeira nos sistemas de informação da AB.- Fazer pesagem, tirar medidas de pacientes e apoiar a enfermeira durante a puericultura.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – MONTE AZUL

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Realizar atividades de educação e saúde nas escolas e creches, da cidade e da Zona Rural, trimestralmente, promovendo escovação supervisionada, aplicação de flúor e palestras.- Participar de atividades educativas com grupos prioritários (gestantes e crianças), com a enfermeira;- Auxiliar e instrumentalizar a cirurgiã-dentista.- Priorizar e agendar usuários mais “necessitados” na agenda dos profissionais do Centro de Especialidade Odontológica (CEO).- Recepcionar/acolher os usuários que chegam à unidade ou no CEO.	<ul style="list-style-type: none">- Auxiliar e instrumentalizar o dentista do Centro de Especialidade Odontológica (CEO).	<ul style="list-style-type: none">- Realizar atividades de promoção de saúde com mais frequência e atividades nas creches da Zona Rural, devido à falta de infraestrutura.	

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – NIQUELÂNDIA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Participar de reuniões com a equipe para planejamento do trabalho a ser realizado. - Participar de palestras, com outros membros da equipe, para grupos de hipertensos, diabéticos. - Orientar usuários sobre os atendimentos feitos na unidade. - Realizar procedimentos como restaurações, forramentos, escultura e profilaxia. - Fazer a limpeza dos instrumentais, organizar o consultório, agendar os pacientes, preparar as bandejas e esterilizar os instrumentais, de acordo com o preconizado. - Realizar procedimentos de acordo com protocolos locais para facilitar o fluxo de atendimento. - Fazer os procedimentos sempre com a supervisão da dentista. - Fazer acolhimento com os pacientes, orientando os mesmos quanto aos procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer restaurações MOD e adaptação de matriz nas proximais. - Fazer atendimento em áreas rurais fora da área de atuação, centro de especialidades e em outros postos de saúde. 		<ul style="list-style-type: none"> - Aferir pressão de pacientes que chegam à unidade de saúde. - Fazer entrega de medicamentos quando está com tempo ocioso.

- Participar de ações de combate à dengue na comunidade, quando convocada pelo gestor (orientar, catar lixo etc.).			
--	--	--	--

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – PATOS DE MINAS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Realizar prevenção em saúde bucal (palestras e escovação).- Atender as crianças de 0 a 6 anos (Programa Cárie Zero).- Fazer manutenção (raspagem e limpeza).- Atender os pacientes diabéticos.- Fazer agendamentos.- Participar de reunião de equipe.- Atender as gestantes.- Atender às demandas espontâneas (avalição de pacientes).- Cumprir as metas de atendimento.- Orientar os pacientes.- Convidar os pacientes para participar do grupo antitabagismo.	<ul style="list-style-type: none">- Comunicar agendamento por telefone.- Cobrir licença maternidade da ASB.- Ir a outras unidades para atuar como ASB.	<ul style="list-style-type: none">- Realizar restauração (por determinação da coordenação municipal).	

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – PENÁPOLIS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer restauração dentária.- Fazer reconstrução dentária.- Fazer exames clínicos (avaliação).- Fazer profilaxia (limpeza).			

TRABALHADOR: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – PIRIPIRI

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Organizar, conferir e solicitar de material de consumo para a equipe de Saúde Bucal.- Organizar a agenda de atendimentos.- Organizar a fila diária de usuários para atendimento, com atenção para as prioridades.- Organizar e preenchimento do cabeçalho das fichas de atendimento.- Realizar da anamnese;- Comunicar aos profissionais de nível superior e/ou da gestão municipal sobre mau funcionamento de equipamentos e necessidade de reparos.- Orientar, durante as consultas, para a prevenção de doenças.- Preparar a bandeja de instrumentos odontológicos.- Auxiliar a recepção dos usuários da Saúde Bucal.- Auxiliar a dentista durante atendimentos clínicos.		<ul style="list-style-type: none">- Fazer palestras sobre saúde bucal (tem o curso técnico) – não faz por falta de incentivo e apoio da gestão municipal.	<ul style="list-style-type: none">- Aferir pressão arterial dos usuários antes do atendimento odontológico.

<ul style="list-style-type: none">- Lavar, esterilizar e armazenar instrumentos e equipamentos odontológicos.- Supervisionar escovação.- Aplicar o flúor.- Orientar os pacientes sobre questões gerais de saúde, antes e/ou depois do atendimento odontológico (uso de medicações para hipertensão, diabetes, suspeita de alguns sintomas).			
--	--	--	--

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – RECIFE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer o agendamento das demandas espontâneas.- Auxiliar o atendimento da dentista no consultório.- Separar as fichas com o cadastro dos pacientes.- Preparar instrumentos e equipamentos para os atendimentos.- Organizar a sala para a dentista começar a trabalhar.- Fazer a higienização da bancada e dos equipamentos odontológicos.- Lavar e esterilizar os materiais.- Fazer visita a escolas e creches (palestras e escovação).- Orientar as crianças sobre alimentação para melhorar a saúde bucal.- Participar das reuniões semanais da unidade de saúde (envolve todos profissionais das quatro equipes de saúde); de reuniões com as duas equipes que a equipe de saúde		<ul style="list-style-type: none">- Realizar procedimentos de preenchimento de cavidade durante a restauração, limpeza e aplicação de flúor.	

bucal atende; das reuniões do NASF; e de reuniões com a dentista.			
---	--	--	--

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – RIO DE JANEIRO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer o exame epidemiológico.- Fazer a triagem no atendimento odontológico.- Promover atividades em grupos de gestantes, crianças, diabéticos e hipertensos.- Promover atividades em domicílio, creche, escola e abrigo.- Lançar as prioridades dos pacientes no sistema (ex.: abscesso).- Lançar as prioridades em folhas para que a dentista e a ASB marquem os pacientes.- Lançar no sistema a realização dos grupos na escola.- Orientar o usuário, durante as visitas domiciliares, a procurar a enfermeira e/ou médico, caso identifique outras demandas além da referente à saúde bucal.- Orientar o usuário a parar de fumar e o encaminhar para o grupo de tabagismo.	<ul style="list-style-type: none">- Realizar atividades aos sábados, quando necessário.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – SÃO MATEUS DO MARANHÃO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer palestras sobre saúde bucal (higiene, aplicação de flúor) em escolas.- Orientar, durante as consultas, sobre prevenção de doenças.- Marcar consultas para a equipe de Saúde Bucal.- Preparar a bandeja de instrumentos odontológicos.- Auxiliar na recepção aos usuários.- Auxiliar a dentista durante atendimentos clínicos.			

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – TAUÁ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Realizar palestras nas escolas.- Ajudar o PSF.- Participar das reuniões de equipe.- Entregar mensalmente a produção ao Coordenador da Saúde Bucal.- Acompanhar os grupos de gestantes.- Fazer escovação e aplicação de flúor nos estudantes das escolas municipais.- Fazer profilaxia.- Retirar pontos.			<ul style="list-style-type: none">- Entregar remédio na farmácia.- Ajudar a atendente a entregar leite.

Quadro 4.1 Síntese das tarefas não prescritas e realizadas e dos desvios de função

TRABALHADOR: AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL

Município	Tarefas não prescritas e realizadas	Desvios de função
Abreu e Lima	Não indicadas.	Não indicadas.
Aparecida do Taboado	Não indicadas.	Fazer café e limpar o chão
Belo Horizonte	Realizar tartarectomia supragengival	Apoiar os funcionários da recepção
Cambé	Fazer encaminhamentos para as especialidades	Não indicadas.
Curuçá	Não indicadas.	Não indicadas.
Garanhuns	- Remover sutura - Ajudar a técnica de enfermagem na visita domiciliar	Atender usuários que chegam à unidade, em caso de ausência da recepcionista
Goiânia*		
Jaciara	Não indicadas.	- Ajudar no atendimento na recepção - Dispensar medicamentos com autorização da enfermeira
Laje*		
Maracanaú	Não indicadas.	Não indicadas.
Maringá	Não indicadas.	- Fazer atendimento de porta e atende telefone - Digitar os registros de produção da TE e da Enfermeira nos sistemas de informação da Atenção Básica. - Fazer pesagem, tirar medidas de pacientes e apoiar a enfermeira durante a puericultura.
Monte Azul	Auxiliar e instrumentalizar o dentista do Centro de Especialidade Odontológica (CEO)	Não indicadas.
Niquelândia	- Realizar restaurações MOD e adaptação de matriz nas proximais - Fazer atendimento em áreas rurais fora da área de atuação, centro de especialidades e em outros postos de saúde	- Aferir pressão de pacientes que chegam até a unidade de saúde - Entregar medicamentos quando está com seu tempo ocioso

Patos de Minas	- Comunicar agendamento por telefone - Cobrir licença maternidade da ASB - Ir a outras unidades para atuar em atividades de ASB	Não indicadas.
Penápolis	Não indicadas.	Não indicadas.
Piripiri	Não indicadas.	Aferir pressão arterial dos usuários antes do atendimento odontológico
Recife	Não indicadas.	Não indicadas.
Rio de Janeiro	Realizar atividades aos sábados, quando necessário	Não indicadas.
São Mateus do Maranhão		Não indicadas.
Tauá	Não indicadas.	- Entregar remédio na farmácia - Ajudar a atendente a entregar leite

*Registros comprometidos por danos dos arquivos; porém, ao serem recuperados participarão de trabalhos futuros.

4.3.4. Tendências de alterações no escopo de práticas dos Agentes Comunitários de Endemias

Os agentes de combate a endemias (ACE) entrevistados apresentam, por meio de suas falas, o desenvolvimento de suas atribuições de trabalho, muitas vezes, pelo que é acordado na relação institucional com a gestão. Relacionam suas atribuições, quase sempre, aos problemas de saúde ou a campanhas temáticas de combate às endemias. De certa forma, não identificam muitas das atividades não prescritas e realizadas, entendendo que, se as atividades variam de acordo com os problemas ou agravantes de saúde da época, elas estariam relacionadas a este fazer. Ou seja, as campanhas temáticas definiriam as atividades e a prescrição delas para o profissional.

Em contraponto, alguns dos ACE pautam atividades, e as reconhecem como não prescritas e realizadas, nas esferas de comunicação (estratégias de abordagem ao usuário), administrativas (preenchimento de fichas), acompanhamento de metas e até de assistência à comunidade, quando da realização de eutanásia e enterro de animais doentes. Além de cumprir algumas demandas ou favores por parte das chefias imediatas, com obediência à hierarquia.

Se por um lado se observa uma indefinição do fazer desse profissional frente à sua atuação desenhada por endemias, ou por área de atuação, por outro percebem-se muitas possibilidades de atribuir fazeres ao ACE e um desconhecimento de suas reais atribuições frente à Estratégia Saúde da Família. Dada a singularidade dos contextos históricos, sociais e econômicos em que se materializaram, é necessário um direcionamento de atividades para situá-lo nos contextos em que atua, tendo como referência as diferenças de escala populacional e a situação de saúde dos municípios. Esse direcionamento permitiria a estruturação dos serviços em relação à rede de atenção à saúde, reconhecendo o ACE como profissional da área de Vigilância em Saúde.

Teixeira, Paim, Vilasboas (1998) nos ajudam a entender o cerne dessas dificuldades operacionais quando afirmam que, para a organização da vigilância em saúde na perspectiva de novas práticas sanitárias locais, será preciso efetuar análises contextuais que possam redefinir os sujeitos, os objetos, os meios, o trabalho e a própria organização do processo de trabalho de acordo com as necessidades e os problemas dos territórios.

Neste sentido, a reorganização do modelo de atenção integral propõe uma readequação das práticas do ACE. No entanto, o que se percebe é que esse profissional se insere na rede de forma periférica, fragmentada e desarticulada. Isso ocorre em função dos atuais modelos operacionais, que se estruturam muito referenciados ou limitados às ações de inspeção e de

campanhas direcionadas, de acordo com agravos territoriais como dengue, zika e doença de chagas, por exemplo.

A complexidade também é percebida quando se verificam os diversos cargos que esses profissionais de nível médio ocupam. São denominados agentes, fiscais, técnicos de vigilância sanitária, inspetores, auxiliares, técnicos de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, agentes de saúde, de combate a endemias, de saneamento, supervisores de área, entre outros (Batistella, 2009).

O trabalho em saúde, de acordo com Deluiz (2001), é perpassado por complexidade, heterogeneidade e fragmentação. A complexidade é decorrente da diversidade das ocupações e dos profissionais que compõem esse campo, dos usuários, das tecnologias empregadas nos serviços, das relações sociais estabelecidas e dos diferentes espaços de trabalho. É heterogêneo à medida que revela a diversidade dos vários processos de trabalhos existentes nas instituições de saúde, sua própria organicidade e funcionalidade. A fragmentação presente no trabalho em saúde aponta em várias direções, tais como a separação entre o fazer e o pensar, a fragmentação técnica, operacional e social, estabelecendo, portanto, as relações de hierarquia e divisão presentes entre as áreas profissionais.

A inclusão do agente de endemias nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para além das outras situações em que se insere, se junta à indefinição do campo de atuação desse profissional em relação a competências e funções. As práticas e a organização do trabalho são espaços em disputa, tornando evidente a necessidade de se contextualizar a formação em vigilância em saúde, tendo em conta que os processos de trabalho não são uniformes e, sim, multifacetados, e ocorrem em diferentes contextos políticos, institucionais e organizacionais.

No âmbito da gestão municipal, pode ser observada a complexidade teórica, técnica e operacional que se faz presente e é solicitada em cada ação e procedimento que exija proteger e promover a saúde. No entanto, em meio a um conjunto de funções e não definição de papéis, o que se vê é uma prática fragmentada e focalizada de atendimento ao consumidor-usuário ou a demandas.

Quadro 4: Escopo de práticas dos trabalhadores técnicos das eSF investigadas

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – ABREU E LIMA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<p>- Supervisionar indireta e diretamente o trabalho realizado pelos ACE da equipe, principalmente atividades de visita domiciliar.</p> <p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ida a domicílios eleitos aleatoriamente; - verificar anotações na ficha de visita colocada nos imóveis, onde os ACE registram o dia da “vistoria” e a atividade desempenhada; - conversar com moradores para identificar modo de abordagem e atividades desempenhadas pelos ACE nestas visitas; - detectar os “fictícios”: visitas que não foram feitas, mas registradas nos boletins pelos ACE (para “enganar” supervisor). - Preencher relatório de ponto dos ACE e entregar à gestão, assim como justificar faltas e possíveis problemas em relação a este documento. 		<ul style="list-style-type: none"> - Promover atividades coletivas de promoção e prevenção da saúde no território. - Investigar casos notificados de doenças, como dengue, no território. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar materiais ao Lacen e à gestão.

<ul style="list-style-type: none"> - Negociar acordos sobre ausências e compensações do trabalho e das metas diárias com os ACE da equipe. - Realizar “mutirões” de visitas domiciliares aos sábados, por solicitação da prefeitura. - Realizar reuniões individuais com os ACE sobre assuntos referentes ao trabalho. - Mediar conflitos entre ACE, ACE e população, e ACE e gestão. - Dar suporte ao trabalho dos ACE, no sentido de pensar sua segurança (no caso de trabalho em áreas de risco – só permite a ida quando não há problemas graves). - Repasse/multiplicação de conhecimentos para os ACE da equipe. - Repassar demandas da gestão para os ACE. - Supervisionar e orientar os ACE quanto às atividades relacionadas principalmente ao controle da dengue, mas também outras demandas, para as quais ele foi orientado pela gestão e outros profissionais, como controle de animais peçonhentos, por exemplo. - Dividir tarefas entre os ACE, no que tange ao território de atuação 			
---	--	--	--

<p>(indica a área pela qual cada ACE será responsável; tenta levar em consideração o número de imóveis em cada quarteirão, buscando tornar menos desigual o trabalho entre os ACE).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir itinerários/rotas de trabalho dos ACE. - Analisar boletins de produção diários dos ACE. - Organizar o trabalho para realização do LIRA. - Elaborar resumos de produção semanal dos ACE e entregar à gestão. - Supervisionar duas equipes de ACE, que atuam em locais diferentes: uma na região central do município e outra em uma favela, área de risco. - Apoiar os ACE no enfrentamento de dificuldades junto à população para realização das visitas domiciliares, usando conhecimentos relacionais, ético-políticos e técnico-científicos. - Reparar falhas dos ACE junto à população (caixa d'água não vistoriada, recipientes que acumulam água ainda em áreas descobertas – questões observadas durante a supervisão indireta). 			
---	--	--	--

<p>- Orientar os ACE sobre informações a serem compartilhadas com a população e sobre o modo como averiguar os imóveis em busca de possíveis focos e criadouros.</p> <p>- Notificar casos de doenças.</p>			
---	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – APARECIDA DO TABOADO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<p>- Identificar focos com larvas nos imóveis visitados.</p> <p>- Tratar os focos com larvicida nos imóveis visitados.</p> <p>- Orientar o morador do imóvel visitado (domicílio) sobre como evitar e acabar com o foco.</p> <p>- Trabalhar no território de sua responsabilidade. (Como o número de ACE é insuficiente, não consegue fechar a área, ou seja, todas as visitas. Conta com a ajuda de colegas de outra área. Isto é uma ocorrência geral para todos os ACE. Muitas vezes essa ajuda vem do supervisor, que decide quem vai ajudar em determinado dia).</p> <p>- Trabalhar no Sistema do LIRA – feito de forma mais satisfatória, ressaltando que existe flexibilidade de horário para os ACE e a não obrigatoriedade para todas as casas do quarteirões selecionados (em contraposição a sua jornada diária e à obrigatoriedade de dar conta de uma quantidade de casas por dia/semana).</p>	<p>- Aconselhar por meio de um discurso psicologizante. Além de apartar brigas entre os vizinhos.</p> <p>- Fazer trabalho braçal em pequenas obras (como esvaziar o acúmulo de água em buracos de rua) para o extermínio do foco.</p>	<p>- Recusar-se a entrar no interior das casas (existência de situações de exceção).</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Fazer visitas domiciliares quando solicitado. - Participar das reuniões de equipe (ESF) quando solicitado e quando a reunião tem como tema assuntos de sua responsabilidade. -Atender de imediato as chamadas da ESF para identificar, e, se for o caso, exterminar criadouro de mosquitos. - Fazer o chamado “arrastão” com os trabalhadores de todas as unidades. - Fazer controle com inseticida nos casos suspeitos de dengue. - Fazer o chamado “bloqueio” com inseticida, trabalhando inclusive aos sábados, domingos e carnaval para fechar o zoneamento. - Visitar e orientar (educação) os moradores. 			
--	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – BELO HORIZONTE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Participar das campanhas de combate ao mosquito, erradicar ratos, escorpião.- Realizar visitas por quarteirão.- Participar de mutirões promovidos pela Defesa Civil.- Fazer LIRA.- Tratar os focos com larvicida nos imóveis visitados.	<ul style="list-style-type: none">- Fazer palestras sobre diversos temas nas escolas, quando convidado.		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – CAMBÉ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Visitar imóveis de determinados quarteirões do território, especialmente para prevenção e controle da dengue - vistoriar imóveis em busca de reservatórios e (possíveis) criadouros do Aedes Aegypti.- Orientar usuários sobre endemias e saúde em geral, especialmente sobre dengue.- Preencher fichas de produção diárias.- Fazer o LIRA.		<ul style="list-style-type: none">- Recolher lixo de potenciais criadouros do Aedes Aegypti em domicílios e/ou outros imóveis (por senso de responsabilidade, mas sabe que não é sua função).	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE DE ENDEMIAS – CURUÇA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar focos com larvas nos imóveis visitados. - Tratar os focos com larvicida nos imóveis visitados. - Orientar o morador do imóvel visitado (domicílio) como evitar e acabar com o foco (discurso educativo para a população, visando o aprendizado para a limpeza dos quintais). - Apoiar os colegas para fechamento de zoneamento, por determinação do coordenador. - Acompanhar visitas domiciliares dos ACS, visando aprofundar esclarecimentos sobre prevenção e combate à dengue. - Participar de mutirões no processo de combate ao Aedes Aegypti. - Recolher material dos focos, identificar e transportar para a unidade. - Entrar nas residências - ressalta o cuidado nesta tarefa, destacando o 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar trabalhadores de sua equipe em dificuldades encontradas de diferentes ordens, inclusive pessoais. 		

movimento de se apresentar com cuidado para o usuário.			
--	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - GARANHUNS

Tarefas prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de função
<ul style="list-style-type: none"> - Para dividir tarefas, considera aspectos individuais dos ACE da equipe. - Elaborar e atualizar mapas do território e identificar áreas ainda não contempladas pelo serviço (este tarefa envolve o saber técnico de desenvolver mapas, característica que o levou a ser convidado a assumir o cargo de supervisor de campo). - Fazer reuniões diárias com os ACE para organização do processo de trabalho e metas do dia. - Comunicar ao posto de saúde sobre usuários diagnósticos como positivos para Chagas e esquistossomose. - Orientar os ACE e a população para captura de insetos que julguem ser o barbeiro, vetor da doença de Chagas. Devem encaminhar os insetos para o PSF, que remete ao ACE ou ele, em alguns 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento longitudinal dos usuários diagnosticados com Chagas e seus imóveis, para identificação de casos de reinfestação e/ou efetividade da medicação. - Anteriormente, precisava buscar e levar material à coordenação. Indica que não realiza mais essa tarefa na nova gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não participa do planejamento das ações a serem realizadas por sua equipe. - Não compartilha informações e dados sobre as ações da equipe de ACE à equipe de Saúde da Família. - Reuniões de planejamento junto à coordenação do serviço. - Atendimento a mais localidades, o que é inviabilizado diante da falta de apoio técnico laboratorial para análises de barbeiros e de sangue. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação nas denúncias de dengue. Ele entende como desvio de função, em virtude de ter sido alocado para tal atividade em decorrência de problemas quanto ao número de ACE no município.

<p>casos, após ser informado pelo ACS, retira o inseto no imóvel indicado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar barbeiros encontrados para análise laboratorial, no centro de controle ambiental. - Dedetizar imóveis onde foram encontrados barbeiros com T.cruzi. - Troca de informações sobre imóveis e ocorrência de doenças, ainda que pouco frequentes, com os ACS. - Tradução e repasse das informações técnico-científicas obtidas nos cursos para a população, principalmente em relação à prevenção e ao controle dos vetores e doenças associadas. - Orientação dos ACE e organização das atividades destes profissionais quanto à “distribuição de potes, de educação em saúde, cloração de mudança de água”. Ele se inclui na realização dessas atividades às vezes, usando o termo “a gente”. Mas está muitas vezes se referindo aos ACE de campo. 			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none">- Distribuição de material (que tipo de material) nos imóveis.- Encaminhar a produção dos ACE à gestão.- Atividades de educação em saúde durante as visitas.- Planejamento anual, junto à gestão, das áreas prioritárias para atuação no território.- Preparação do inseticida que os ACE deverão usar para borrifar os imóveis onde foram encontrados barbeiros positivos para T.cruzi.- Visitas a domicílios em que os ACE relataram dificuldade de acessar.- Orientação para ACE que chega à equipe.- Visitas domiciliares esporádicas.			
---	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – JACIARA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Encontrar o morador em casa. - Realizar e organizar os arquivos para serem enviados à Regional que, por sua vez, os envia ao Ministério da Saúde. - Identificar focos com larvas nos imóveis visitados. - Realiza análise de larvas. - Conseguir planejar e realizar bem no tempo que tem. - Orientar o morador do imóvel visitado (domicílio) sobre como evitar o foco e como acabar com ele. - Responsável pelo Lira. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentar o sistema. - Fazer análise de larvas. - Fazer teste para Leishmaniose, Chagas, supervisões de larvas. - Fazer revisão de larvas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar e realizar bem todas as atividades com o tempo de que dispõe. 	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – GOIÂNIA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Fazer reuniões com sua equipe de ACE. - Fazer cursos indicados pelos coordenadores. - Divulgar e orientar moradores para prevenção e combate ao mosquito e seus criadouros, identificando aí a importância e prioridade da prevenção. - Identificar focos e exterminar criadouros do mosquito Aedes. - Vacinar cães. - Visitar casas para o combate e prevenção da dengue. - Fazer trabalho de divulgação (educativa) nas escolas. - Apesar de não ser uma tarefa determinada para suas ações em campo, notificar doentes quando encontrar algum. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher o lixo das casas. - Treinar colegas de trabalho em campo. - Orientar os ACS, quando necessário, sobre as dimensões da dengue. - Executar, com o morador, tarefas de limpeza (recolhimento de lixo) dos terrenos. - Fazer trabalho braçal na vizinhança para combate ao Aedes (fora do seu dia e do local de trabalho), cuidando assim de seus vizinhos. - Ações de solidariedade, que demandam algum custo financeiro, em relação aos moradores que assiste. - Entrar em casas vazias, com risco na operação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recusar-se a usar veneno nas casas. - Nunca participou de campanha com a ESF (sua equipe é a dos ACE). 	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – JACIARA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Encontrar o morador em casa. - Realizar e organizar os arquivos para serem enviados à Regional que, por sua vez, os envia ao Ministério da Saúde. - Identificar focos com larvas nos imóveis visitados. - Realiza análise de larvas. - Conseguir planejar e realizar bem no tempo que tem. - Orientar o morador do imóvel visitado (domicílio) sobre como evitar o foco e como acabar com ele. - Responsável pelo Lira. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentar o sistema. - Fazer análise de larvas. - Fazer teste para Leishmaniose, Chagas, supervisões de larvas. - Fazer revisão de larvas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planejar e realizar bem todas as atividades com o tempo de que dispõe. 	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - LAJE

Tarefas prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de função
<ul style="list-style-type: none"> - Ir às casas (com residentes ou não), construções não concluídas e terrenos, de acordo com a programação feita pelo supervisor e pela coordenadora da equipe. - Tratamento de tanques e locais que acumulam água, aplicação de larvicida, observação de larvas para distinguir o estágio de evolução e coleta de água para análise. - Eventuais palestras na unidade (raro), particularmente sobre controle de doenças vetórias, mais especificamente controle do Aedes. - Orientar moradores sobre armazenamento e descarte /tratamento de lixo. - Fazer registros do dia da vistoria e a data do tratamento dos tanques. - Preenchimento dos formulários para a digitação pela coordenadora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover conversa com moradores para viabilizar o exercício das atividades prescritas. A conversa é uma estratégia de aproximação/ relação. - Cuidados eventuais com moradores, como, por exemplo, movimentar idoso na cama. - Atuar em campanhas de vacinação. - Aconselhar (em temas que não dizem respeito a endemias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar áreas de trabalho descobertas, em função das prioridades definidas a partir da tríplice epidemia. O prescrito, atualmente, é o que diz respeito a essa prioridade. Por isso, Leishmaniose e Chagas estão em segundo plano. Do mesmo modo, áreas como a zona rural, já que a concentração das ações atualmente é na área urbana. - Dar informações sobre a dinâmica da unidade. (Eles praticamente não fazem parte da equipe da unidade, por isso não têm informação e não conseguem orientar minimamente os moradores sobre essas questões). 	<ul style="list-style-type: none"> - Não foram identificados.

<ul style="list-style-type: none">- Voltar sucessivas vezes em áreas com casas fechadas.- Participar de reuniões que tratam, sobretudo, de aspectos de produtividade ao final de cada ciclo.			
---	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE DE ENDEMIAS – MARACANAÚ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Visitar o quarteirão que tem gestante e casos de dengue.- Desenvolver atividades de educação em saúde.- Prestar contas de quantas casas foram visitadas, atendendo às metas diárias.- Passar no Ponto de Apoio para assinar frequência e receber itinerário por dia, antes de iniciar as visitas.- Vacinar animais.	<ul style="list-style-type: none">- Desenvolver estratégias de comunicação para conseguir realizar a visita e entrar nas casas;	<ul style="list-style-type: none">- Realizar todas as visitas/mês em casas, comércios e terrenos baldios.	<ul style="list-style-type: none">- A pedido do coordenador, desenvolver função de supervisor da equipe de campo, elaborando o mapa de visitas dos agentes.

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – MONTE AZUL

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Ações voltadas para o controle do vetor da doença de Chagas, o barbeiro: borrifação de inseticida em imóveis, observação dos imóveis para busca do vetor, lubrificação da bomba de dedetização, coleta de barbeiros e encaminhamento para laboratório. - Ações voltadas para o controle do vetor da dengue, Zika e Chikungunya, o Aedes Aegypti: eliminação de criadouros do mosquito. - Orientações em geral aos usuários, educação em saúde. - Visitas domiciliares para prevenção e controle principalmente da dengue e da doença de Chagas. 		<ul style="list-style-type: none"> - Frequência menor do que a suficiente de borrifação de inseticida em imóveis para eliminação do barbeiro (por falta de material e número insuficiente de ACE). - Lavagem diária de todo o material utilizado (diz não realizar em virtude do desgaste produzido pelas atividades realizadas ao longo do dia). 	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE) – NIQUELÂNDIA

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Visitar os bairros com focos de lavas, bem como aqueles sobre os quais recebe denúncias de casos de dengue.- Fazer mutirão nesses locais.- Eliminar os focos de lavas com larvicida.- Orientar os usuários.		<ul style="list-style-type: none">- Verificar calha de casas devido à falta de escada ou por impossibilidade física.	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – PATOS DE MINAS

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Realizar visitas de acordo com a programação diária.- Fazer o Levantamento de Índice Rápido (LIRA).- Coletar larvas e enviar para o laboratório de análise.- Participar das reuniões.	<ul style="list-style-type: none">- Fazer mutirões para não deixar áreas descobertas.- Referenciar o usuário para um outro serviço da equipe.		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – PIRIPIRI

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Fazer visitas domiciliares para prevenção da dengue.- Orientar os moradores sobre riscos e fatores associados à dengue.- Coletar larvas para encaminhamento ao laboratório.- Aplicar larvicida em caixas d'água e outros recipientes que acumulam água.- Vacinar animais contra a raiva (em campanhas anuais).- Borrifar imóveis (controle do vetor da leishmaniose).- Preencher boletins de produção diária.- Preencher fichas de visitas domiciliares.- Marcar quarteirões (com giz de cera).- Coletar sangue de cães (para exame de leishmaniose).	<ul style="list-style-type: none">- Atender a demandas e necessidades dos usuários, ainda que não tenham relação direta com seu escopo de práticas (auxílio em caso de doença percebida durante visitas).	<ul style="list-style-type: none">- Maior frequência de borrifação de inseticida para controle do vetor da leishmaniose (flebótomo).	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE) – RECIFE

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Participar de reuniões da equipe.- Tratar depósitos com larvicida.- Registrar os depósitos que foram tratados com larvicida e que não foram.- Fazer supervisão do campo.- Fazer denúncias.- Identificar as dificuldades de tratamento.- Notificar os caso de dengue, chikungunya, zika.- Orientar o usuário sobre qualidade de vida (comer alimento higienizado, beber água com hipoclorito).	<ul style="list-style-type: none">- Atuar em território que não é de sua responsabilidade.	<ul style="list-style-type: none">- Coletar lavas em depósitos de difícil acesso.	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – RIO DE JANEIRO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Identificar focos com larvas nos imóveis visitados.- Tratar os focos com larvicida nos imóveis visitados.- Orientar o morador do imóvel visitado (domicílio) sobre como evitar e como acabar com o foco.	<ul style="list-style-type: none">- Identificar sintomas de contaminação e orientar sobre o tratamento.- Orientar gestantes quanto ao uso de repelentes.- Identificar necessidade de visita do ACS ou da equipe.		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - SÃO MATEUS DO MARANHÃO

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar animais positivos para leishmaniose para a eutanásia. - Auxiliar processo de eutanásia (coordenador da equipe executa. Ele ajuda na contenção do animal e na preparação do material). - Coletar sangue (via veia auricular) de cães para testagem de leishmaniose. - Testar cães para leishmaniose, a partir da demanda da população (uso do teste rápido). - Marcar datas para realização da testagem dos cães, solicitadas pelos usuários. - Retirar cães positivos de suas casas (são levados pelos ACE ao lixão da cidade, onde são eutanasiados). - Orientar a população para identificação de animais suspeitos, a partir dos sinais clínicos. Assim como sobre os sintomas da leishmaniose em humanos. - Orientação a população sobre os meios de transmissão da leishmaniose e sobre os hábitos do vetor da doença – apontando para a necessidade de limpeza dos quintais, por exemplo. - Participar de campanhas de testagem dos animais para leishmaniose. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eutanásia de cães positivos para leishmaniose. - Enterro de animais de estimação positivos para leishmaniose, na casa dos proprietários, após eutanásia. - Entrega e busca de documentação junto à coordenação do serviço, no nível central, a pedido do inspetor chefe da equipe. - Realização de tarefas durante seu período de férias, a pedido do inspetor chefe da equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Borrifação de inseticida em imóveis para controle do vetor da leishmaniose (faltam os EPI e o produto para aplicação). 	

- Participar de campanhas de vacinação antirrábica.			
---	--	--	--

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - TAUÁ

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none">- Atuar em campanhas.- Fazer controles mecânicos (lavagem dos recipientes), químicos (tratamento com inseticida), físico (abertura de frestas, iluminação, ventilação dos ambientes) e biológico (uso da piaba).- Fazer educação sanitária.- Fazer controle e planejamento do trabalho.	<ul style="list-style-type: none">- Lavar recipientes.		

Quadro 4.1 Síntese das tarefas não prescritas e realizadas e dos desvios de função

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

Município	Tarefas não prescritas e realizadas	Desvios de função
Abreu e Lima	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender os problemas pessoais dos ACE da equipe, para atenuar e negociar ajustes na carga horária, a fim de atender a demandas dos ACE, em razão de questões da vida pessoal (necessidade de se ausentar do trabalho, por exemplo). - Entregar materiais ao Lacen e à gestão. - Promover ações de vigilância em saúde em uma perspectiva ampliada, incorporando atividades, por exemplo, da vigilância sanitária. - Censo da população canina e felina do território. 	- Entregar materiais ao Lacen e à gestão.
Aparecida do Taboado	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhar, por meio de um discurso psicologizante. - Apartar brigas entre os vizinhos. - Fazer trabalho braçal em pequenas obras (como esvaziar o acúmulo de água em buracos de rua), para o extermínio do foco. 	- Não indicados.
Belo Horizonte	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer palestras sobre diversos temas nas escolas, quando convidado. 	- Não indicados.
Cambé	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher lixo de potenciais criadouros do Aedes aegypti em domicílios e/ou outros imóveis (por senso de responsabilidade, mas sabe que não é sua função). 	- Não indicados.
Curuçá	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar trabalhadores de sua equipe em relação a dificuldades de diferentes ordens, inclusive pessoais. 	- Não indicados.

Garanhuns	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento longitudinal de usuários diagnosticados com Chagas e seus imóveis, para identificação de casos de reinfestação e/ou efetividade da medicação. Anteriormente, precisava buscar e levar material à coordenação. Indica que não realiza mais essa tarefa na nova gestão. 	- Atuar nas “denúncias” de dengue. Entende como desvio de função, em virtude de ter sido alocado para tal atividade em decorrência do baixo número de ACE no município.
Goiânia	<ul style="list-style-type: none"> - Recolher o lixo das casas. - Treinar colegas de trabalho em campo. - Orientar os ACSs, quando necessário, sobre as dimensões da dengue. - Executar, com o morador, tarefas de limpeza (recolhimento de lixo) dos terrenos. - Realizar trabalho braçal na sua vizinhança para combate do aedes (fora do seu dia e local de trabalho), cuidando assim de seus vizinhos. - Promover ações de solidariedade que demandam algum custo financeiro, em benefício dos moradores que assiste. - Entrar em casas vazias, com risco na operação. Realiza o trabalho motivado por sua consciência ligada à necessidade do combate ao Aedes. 	- Não indicados.
Jaciara	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentar o sistema. - Fazer análise de larvas. 	- Não indicados.

	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer teste para leishmaniose, Chagas, supervisões de larvas. - Fazer revisão de larvas. 	
Laje	<ul style="list-style-type: none"> - Conversar com moradores para viabilizar o exercício das atividades prescritas. A conversa é uma estratégia de aproximação/ relação. - Cuidados eventuais com moradores, como, por exemplo, movimentar idoso na cama. - Atuar em campanhas de vacinação. - Aconselhar (em temas que não dizem respeito a endemias). 	- Não indicados.
Maracanaú	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver estratégias de comunicação para conseguir realizar a visita e entrar nas casas. 	<ul style="list-style-type: none"> - A pedido do coordenador, desenvolver função de supervisor da equipe de campo, elaborando mapa de visitas dos agentes. - Relata ter colegas ACE que estão em funções administrativas na secretaria de saúde, afastados do campo, por problemas de saúde.
Maringá	<ul style="list-style-type: none"> - Não foi entrevistado. 	
Monte Azul	<ul style="list-style-type: none"> - Não indicadas. 	- Não indicados.
Niquelândia	<ul style="list-style-type: none"> - Não indicadas. 	- Não indicados.
Patos de Minas	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar mutirões para não deixar áreas descobertas. - Referenciar o usuário para um outro serviço da equipe. 	
Penápolis	<ul style="list-style-type: none"> - Não tem ACE na equipe. 	
Recife	<ul style="list-style-type: none"> - Atuar em território que não é de sua responsabilidade. 	- Não indicados.

Rio de Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar sintomas de contaminação e orientar sobre o tratamento. - Orientar gestantes quanto ao uso de repelentes. <p>Identificar necessidade de visita do ACS ou da equipe.</p>	- Não indicados.
São Mateus do Maranhão	<ul style="list-style-type: none"> - Eutanásia de cães positivos para leishmaniose. - Enterrar animais de estimação positivos para leishmaniose, na casa dos proprietários, após eutanásia. - Entregar e buscar documentação junto à coordenação do serviço, no nível central, a pedido do inspetor chefe da equipe. - Realizar tarefas durante seu período de férias, a pedido do inspetor chefe da equipe. 	- Borrifação de inseticida em imóveis para controle do vetor da leishmaniose (faltam os EPIs e produto para aplicação).
Tauá	- Lavar recipientes.	- Não indicados.

4.4.Saberes profissionais dos trabalhadores técnicos das equipes de Saúde da Família

A análise dos saberes profissionais dos trabalhadores técnicos das eSF investigadas implicou no registro dos conhecimentos manifestados pelos entrevistados no quadro 5. Este quadro relaciona os tipos de conhecimentos – técnico-científico; relacional e ético-político – com as respectivas fontes – prática ou formação. Feito esse trabalho para cada trabalhador técnico, de cada equipe investigada, foram arrolados em outro documento todos os conhecimentos manifestados pelo conjunto de trabalhadores técnicos entrevistados de uma mesma categoria profissional. O documento foi denominado “Lista de conhecimentos manifestados pelos ACS, ACE, TEn, TSB”. Posteriormente, os três tipos de conhecimentos foram classificados por “blocos temáticos”, igualmente para cada categoria profissional. Esses dois documentos dão uma visão de conjunto, mas não de tendências, já que, por intermédio deles, não se pode observar tipos de conhecimento e fontes de saber que tendem a se manifestar, com mais frequência, nas diversas equipes investigadas. Por isto, foram elaborados os quadros de tendências de conhecimentos manifestados pelos trabalhadores técnicos de cada categoria profissional, por equipe e por tipo de conhecimento. Nesse quadro, foram indicadas as incidências quantitativas dos tipos de conhecimento por fonte.

A seguir, pelo mesmo motivo que levou o estudo a fazer constar do corpo do relatório os quadros do escopo de práticas, serão apresentados os quadros 5 de cada um dos trabalhadores técnicos das equipes investigadas, incluindo a relação de conhecimentos por bloco temático, bem como uma síntese das tendências das fontes desses conhecimentos, com base no conjunto das equipes analisadas.

4.4.1. Tipos e fontes de conhecimentos dos ACS

Os ACS das unidades de saúde da família pesquisadas manifestaram possuir conhecimentos dos tipos técnico-científicos, éticos políticos e relacionais no cotidiano de seu trabalho, sendo as suas fontes diferenciadas. Entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados destacam-se aqueles relacionados aos seguintes grupos temáticos:

- Procedimentos/atividades de enfermagem (ou de farmácia);
- Ciclos de vida (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde do idoso), além da do grupo da saúde materno-infantil;

- Doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, com destaque para a hipertensão, diabetes e arboviroses (dengue, Chikungunha e Zika);
- Atividades administrativo-burocráticas;
- Diretrizes da ESF e atribuições dos ACS, em especial, visitas domiciliares, planejamento das atividades e acolhimento e humanização;
- Características do território e da população atendida.

Percebeu-se que entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados pelos ACS não há uma homogeneidade quanto a sua fonte (se a experiência ou a ciência), na medida em que a formação é a principal fonte de conhecimento dos grupos temáticos relacionados às atividades de enfermagem/farmácia, de promoção, prevenção e cuidado dos ciclos de vida e das doenças transmissíveis e não transmissíveis, e a experiência prática está atrelada aos grupos temáticos referentes às atividades burocrático-administrativas, às diretrizes da ESF, as atribuições dos ACS e às características do território e da população.

Apesar de relatarem possuir conhecimentos ligados à área de enfermagem, adquiridos em cursos de auxiliar ou técnico de enfermagem, em treinamentos com profissionais da equipe que trabalham na área, bem como na formação inicial do ACS, a utilização dos mesmos no cotidiano de trabalho não é uniforme entre estes trabalhadores. Vale ressaltar que muitos dos profissionais entrevistados participaram do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), adquirindo capacitação técnica para exercer este tipo de conhecimento. Em um dos municípios pesquisados, os ACS referiram ter solicitado à enfermeira da equipe um treinamento sobre a técnica de curativo e aferição de pressão, de forma que se sentissem capazes de realizar tais procedimentos quando da ausência dos profissionais da área enfermagem, em especial, nos finais de semana ou feriados.

Notou-se que existe um dilema dentro da categoria relacionado à realização de curativo em domicílio e aferição de pressão. As justificativas para realização ou não destes procedimentos se baseiam, por um lado, na ausência de profissionais de enfermagem e necessidade de assistência dos usuários nos momentos em que estes não estão (seja nos finais de semana, em dias de folga, ou sobrecarga de trabalho), por outro, nos limites das atribuições e escopo de práticas de ambas as profissões, definidas nos instrumentos legais de regulamentação da profissão (Brasil, 1987; Brasil, 2002).

Além dos procedimentos tipicamente caracterizados como de enfermagem, enfatiza-se que os ACS têm desenvolvido, em alguns municípios, atividades da área de farmácia, destacando-se a tarefa de armazenamento e dispensação de medicamentos. Na maioria das vezes, o conhecimento relativo a essas atividades foi apreendido no cotidiano de trabalho, tendo

em vista o compromisso que os ACS assumem com o atendimento daqueles usuários que chegam à unidade. Isto ocorre quando da ausência ou sobrecarga do profissional de enfermagem, que já realiza essas atividades por não existir um trabalhador da área de farmácia nas unidades de saúde analisadas.

Especificamente no tocante às atividades de promoção, prevenção e cuidados básicos referentes aos ciclos de vida e às doenças mais prevalentes (transmissíveis e não transmissíveis) a fonte mais comum de conhecimento foi a formação, destacando-se os cursos de capacitação específica – educação continuada - oferecidos pelas secretarias municipais de saúde e as informações adquiridas em reuniões de equipe e junto aos profissionais de enfermagem. Vale ressaltar que neste grupo temático, alguns ACS demonstraram possuir conhecimentos no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário, apreendidos em processos formativos específicos, seja no formato de treinamentos no âmbito da unidade.

Ainda entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados pelos ACS, destacam-se as atividades administrativo-burocráticas (preenchimento de fichas de cadastramento e planilhas de relatórios mensais e a digitação de dados nos sistemas de informação) cuja principal fonte citada foi a experiência. No caso do preenchimento dos atuais sistemas de informação (e-SUS, Vitacare), em alguns municípios, o aprendizado da prática está associado a um curso de curta duração específico ou ao introdutório.

No que diz respeito ao conjunto de conhecimento técnico-científico sobre o que se denominou de diretrizes da ESF e atribuições e natureza do trabalho do ACS, os trabalhadores citaram as seguintes temáticas: acolhimento, vínculo e humanização; trabalho em equipe; características do território e da população; visitas domiciliares (VD's), em especial, a programação das VD's e as orientações a serem fornecidas aos usuários no momento do seu desenvolvimento; cadastramento familiar; mobilização social e planejamento das atividades. A formação associada à prática foi citada como a principal fonte de conhecimento para o aprendizado do acolhimento, humanização e vínculo; enquanto que a experiência adquirida no cotidiano de trabalho, na vivência do território e na relação com os usuários foi identificada como a fonte principal dos conhecimentos acerca do território, população e visitas domiciliares. Sobre estes últimos conhecimentos, enfatiza-se sua importância no desenvolvimento do trabalho do ACS, seja na sua relação com a população e usuários dos serviços, seja na sua relação com a equipe, o que reforça ainda mais a necessidade de serem tratados nos cursos de formação.

No caso de conhecimentos relacionados ao âmbito da mobilização social, foi feita uma referência ao papel de mobilizador e liderança dos ACS em questões que dizem respeito à garantia de direitos e acesso à serviços e programas das distintas esferas do governo para a população. Neste caso o conhecimento relativo à noção de cidadania foi apreendido na experiência adquirida na gestão da associação de moradores local.

Enfatiza-se que grande parte das temáticas referentes aos conhecimentos técnico-científicos citados pelos ACS entrevistados estão contempladas no Referencial Curricular para o Curso Técnico de ACS (Brasil, 2004). Entretanto ainda são comuns as situações nas quais esses trabalhadores não possuem acesso ao curso técnico completo e, em alguns casos, até mesmo à formação inicial – etapa 1 do curso técnico.

Em relação aos conhecimentos do tipo relacional, os ACS manifestaram sua utilização predominantemente em situações que envolvem usuários e outros profissionais da equipe, apesar de também acioná-los em momentos em que necessitam se comunicar com profissionais da rede de atenção à saúde, incluindo os que compõem o NASF e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); com profissionais da rede de assistência social; com a gestão municipal de saúde; e com familiares, apoio comunitário e instituições do território. A experiência é a principal fonte do conhecimento relacional tendo sido a formação pouco reconhecida enquanto espaço que abarca temáticas sobre a forma como se aborda o usuário e se relaciona com os membros da equipe. A participação em igreja, a convivência familiar e o cotidiano de práticas são citados como experiências significativas na apreensão desse tipo de conhecimento.

Cabe destacar que os ACS utilizam distintas formas de abordagem aos usuários a depender da natureza das situações que se deparam no cotidiano de seu trabalho, quais sejam: a resistência de um usuário a adesão a um tratamento; usuários expostos a situações de maior vulnerabilidade social; usuários que chegam ao território de atuação do ACS, desconhecem a ESF e devem ser cadastrados; necessidade de abordar grupos sociais, especialmente a família, para ajuda no acompanhamento de algum usuário; entre outros. Os ACS também citaram a recorrência de situações em que devem utilizar formas de comunicação com os usuários para explicar/justificar a falta de material, equipamento e profissional, a falta de acolhimento de outros profissionais, a dificuldade de acesso a outros serviços, por serem referência da população.

Em relação ao conhecimento ético-político, relativo aos direitos e deveres no exercício da profissão, os ACS manifestaram utilizá-los tanto no âmbito de suas práticas cotidianas em situações que envolvem diretamente os usuários e outros profissionais da equipe, quanto no âmbito da organização social/política, tendo em vista o reconhecimento das entidades

representativas na luta pelos direitos da categoria profissional e nos acordos relativos aos direitos dos trabalhadores da categoria e da gestão municipal na condução da política de saúde local. No âmbito da prática, os ACS destacaram aqueles conhecimentos relativos ao seu escopo de práticas e os limites de sua atuação; à responsabilidade pela longitudinalidade do cuidado do usuário; ao compromisso com o trabalho do ACS e com a atenção ao usuário. A principal fonte do conhecimento ético-político citada foi a experiência, adquirida no cotidiano de trabalho, na inserção prévia desses trabalhadores em movimentos sociais e movimento organizado de trabalhadores.

Os quadros a seguir apresentam os tipos de conhecimentos e fontes para cada trabalhador técnico de cada equipe investigada. Na sequência, podem ser observados a relação de conhecimentos por blocos temáticos e o quadro que demonstra a tendência das fontes em relação aos conhecimentos, considerando o conjunto das equipes investigadas.

Quadro 5: Tipos e fontes de conhecimentos das eSF investigadas

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ABREU E LIMA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atividades educativas na atenção à saúde de usuários prioritários.	Cotidiano de trabalho.	
Armazenamento e dispensação de medicamentos.	Cotidiano de trabalho.	
Características sociais e econômicas do território em que atua e dos usuários.	Cotidiano de trabalho/vivência na comunidade.	
Diferença entre a lógica de territorialização do trabalho do ACE e do ACS.		Oficinas de integração entre esses trabalhadores.
Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção, dentre outras.		Curso introdutório.
Mobilização social	Cotidiano de trabalho/vivência no território/participação em associações.	
Identificação de lesões e necessidade de se fazer um curativo.		Curso de auxiliar de enfermagem.
Diagnóstico/situação de saúde da população.	Cotidiano de trabalho/vivência na comunidade.	
Orientações a serem fornecidas aos usuários, nas visitas domiciliares, em função das prioridades.		Curso introdutório e/ou cursos de educação continuada.

Orientações a serem dadas aos usuários em caso de necessidade de procurar outros equipamentos da rede de assistência do município.	Cotidiano de trabalho.	
Plantas medicinais.		Curso introdutório.
Procedimentos relativos ao curativo.		Curso de auxiliar de enfermagem.
Rede de atenção à saúde do município.	Cotidiano de trabalho.	
Responsabilidades e procedimentos de registro da produtividade do trabalho no e-SUS.		Curso de curta duração.
Reconhecimento de casos de violência doméstica.	Cotidiano de trabalho/vivência na comunidade.	
Programas e políticas ofertados pelas diferentes esferas governamentais.	Participação no sindicato.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Procedimentos de informação e comunicação com superiores e outros profissionais da equipe no cotidiano e em reuniões (equipe e colegiado), para resolução de casos e problemas na equipe.	Cotidiano de trabalho.	
Procedimentos de informação e comunicação com superiores, profissionais do NASF e da rede de atenção para resolução de casos de usuários.	Cotidiano de trabalho.	
Procedimentos de informação e comunicação com os gestores em caso de necessidades da categoria profissional (Ex.: formação).	Atuação no sindicato.	

Comunicação com abordagem dos usuários que vivem em situações de violência, vulnerabilidade social.	Cotidiano de trabalho/vivência na comunidade.	
Escuta, acolhimento e vínculo como “estratégias” de abordagem ao usuário.		Curso introdutório.
Abordagem dos usuários resistentes a tomar medicação.		Cursos de curta duração sobre tuberculose.
Necessidade de apoio familiar no cuidado ao usuário.	Cotidiano de trabalho/vivência na comunidade.	
Abordagem dos usuários na atividade de educação em saúde.	Cotidiano de trabalho/vivência na comunidade.	Curso Introdutório.
Busca de apoio institucional e/ou comunitário para realização de grupos e suporte aos usuários.	Cotidiano de trabalho/vivência na comunidade.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Responsabilidades e atribuições dos outros profissionais da equipe, de forma a respaldar o seu trabalho.	Cotidiano de trabalho/vivência na comunidade.	
Legislação e direitos da categoria profissional e das instancias de organização política.	Participação no sindicato e na associação de ACS.	
Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional, quando pertinente, face a esses limites.	Cotidiano de trabalho.	Curso de Auxiliar de Enfermagem.
Importância do respeito a diferentes culturas e religiões da população.		Curso introdutório.

Ética na relação profissional-usuário quanto ao sigilo profissional.	Cotidiano de trabalho.	
Influência do contexto político na relação da gestão com os ACS.	Participação no sindicato e na associação dos ACS.	
Levantamento de temáticas necessárias para serem abordadas em processos formativos para qualificação de sua atuação (ex.: microcefalia).	Cotidiano de trabalho.	
A importância dos ACS da zona rural.		
Atribuições dos ACS e dos outros profissionais na ESF.		Curso Introdutório.
Práticas de assédio moral advindas da gestão municipal.	Cotidiano de trabalho e participação do sindicato.	
O papel e a responsabilidade da gestão municipal na condução da política de saúde.	Cotidiano de trabalho e participação do sindicato.	
Importância de condições de trabalho (protetor solar, capa protetora, balanças, material de curativo, medicamentos) para um bom atendimento à população.	Cotidiano de trabalho e participação do sindicato.	
Limites do seu escopo de práticas e necessidade de acionar outro profissional, quando pertinente, face a esses limites.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – APARECIDA DO TABOADO

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Visita domiciliar.		ACS mais antigas da equipe.
Curso “5s” (curso de gestão de processos).		Coordenadora de ACE de outro município (Três Lagoas).
Processo de trabalho do ACS.	Cotidiano de trabalho. ACS mais antigas da equipe.	
Características sociais, econômicas e culturais dos usuários que vivem no território em que atua.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Características geográficas, econômicas, sociais e culturais do território.		
Priorização dos atendimentos de acordo com as possibilidades dos usuários.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Como responder às solicitações dos usuários.	Cotidiano de trabalho.	

Hierarquização do trabalho em relação aos profissionais de nível superior.	Cotidiano de trabalho. Enfermeiro (forte demarcação da hierarquia). Médica (forte demarcação da hierarquia profissional/social).	
Respeito às diferenças e importância da boa convivência entre os profissionais da equipe.	Cotidiano de trabalho.	
Abordagem do usuário geral e no domicílio.	Gestora anterior (do município).	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades do ACS na Estratégia Saúde da Família.	Cotidiano de trabalho. ACS mais antigas da equipe.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – BELO HORIZONTE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância do vínculo na atuação do ACS.	Cotidiano de trabalho.	
Cadastramento familiar (temporário e definitivo).	Cotidiano de trabalho.	
Medidas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.		Cursos de capacitação específicos - Oficinas de qualificação.
Características geográficas, econômicas, sociais e culturais do território.	Vivência no território.	
Dinâmica da violência no território.	Vivência no território.	
Características geográficas, econômicas, sociais e culturais do território.	Vivência no território.	
Diagnóstico/situação de saúde da população.	Cotidiano de trabalho.	
Olhar ampliado sobre a situação de saúde da população.	Cotidiano de trabalho.	Cursos de capacitação específicos - Oficinas de qualificação.
Determinantes sociais do processo saúde-doença.	Cotidiano de trabalho.	
Acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção.		
Burocratização do trabalho do ACS.		

	Cotidiano de trabalho.	
Programação das visitas domiciliares e do acompanhamento das famílias de acordo com as prioridades definidas na política (crianças, idosos, gestantes, acamados etc.).	Cotidiano de trabalho.	
Detecção do foco de mosquitos e medidas preventivas da dengue.		
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Composição da equipe de saúde da família.		
Programas e políticas ofertados pelas diferentes esferas governamentais.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Estratégias de comunicação, com atenção e abordagem dos usuários que vivem em situações que apontam maior vulnerabilidade social (adolescentes usuários de álcool e outras drogas).	Cotidiano de trabalho.	
Divisão de tarefas entre os ACS, face a ausência de um desses trabalhadores.		Cursos de capacitação específicos - Oficinas de qualificação.
Busca de apoio intersetorial para resolução de problemas no território e com a população.	Participação em projetos sociais. Cotidiano de trabalho.	

Busca de apoio institucional e comunitário para realização de atividades junto à população.	Participação em projetos sociais. Cotidiano de trabalho.	
Procedimentos de informação e comunicação com superiores e outros profissionais da equipe, no cotidiano e em reuniões (equipe e colegiado), para resolução de casos e problemas na equipe.	Cotidiano de trabalho.	
Procedimentos de informação e comunicação com a equipe NASF, e outros pontos da rede de atenção, para resolução de casos de usuários.	Cotidiano de trabalho.	
Respeito às diferenças e importância da boa convivência entre os profissionais da equipe.	Cotidiano de trabalho.	
Dificuldade dos usuários em separar o horário de trabalho do horário de folga.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância de qualificação do ACS e dos outros membros da equipe para o aprimoramento do trabalho.		
Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades do ACS na Estratégia Saúde da Família.		
Limites do seu escopo de práticas e necessidade de acionar outro profissional quando pertinente, face a esses limites.	Cotidiano de trabalho.	

Ética na relação profissional-usuário quanto ao sigilo profissional.		Cursos de capacitação específicos - Oficinas de qualificação.
Implicações da ausência de condições de trabalho na qualidade dos serviços prestados.	Cotidiano de trabalho.	
Importância da realização da visita domiciliar a usuários prioritários (hipertensos, diabéticos, em situação de violência, idosos etc.), face à recusa dos usuários, a fim de garantir que seja realizada em algum momento.	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade e importância de acionar outros setores, para resolução de problemas no território e da população.	Cotidiano de trabalho.	
Importância da ESF na redução de doenças e agravos e mortes da população.	Cotidiano de trabalho.	
Legislação e direitos da categoria profissional e papel das instâncias de organização política.		
Postura profissional na abordagem do usuário, de forma a separar o que está no âmbito do trabalho e do pessoal.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – BELO HORIZONTE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Controle de zoonoses (procurar foco de dengue, fazer coleta de sangue, levar veneno de rato).		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Modos de visitar (vistoria da área externa primeiro, e pela direita) e o que observar no domicílio.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Visitas com vistoria nas caixas d'água.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Divisão do território em quarteirões.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Identificação, controle e eliminação de foco.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Coleta de larvas.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Realização do LIRA.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Tratamentos perifocal e focal.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Realização de borrifação e identificação de pontos críticos.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Aplicação das dosagens de inseticidas para erradicar larvas.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Vacinação de cães.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).

Manuseio do larvicida.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Transmissão de carrapato e pulga.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Cuidados com a contaminação de inseticidas, evitando seu uso excessivo.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Dengue e os ciclos de tratamento que devem ser realizados.		Curso de capacitação específica.
Visitas domiciliares, de acordo com as campanhas, praticando o que aprendeu nos treinamentos.		Curso de capacitação específica.
Orientação de desratização.		Curso de capacitação específica.
Zika e Chikungunya.		Curso de capacitação específica.
Orientações aos moradores acerca da dengue, como outras condições na casa e na vida pessoal do morador.	Cotidiano de trabalho.	
Prejuízos à saúde pelo uso excessivo da borrifação de inseticida (dengue, leishmaniose, peçonhentos, carrapato e pulga).	Cotidiano de trabalho.	
Cumprimento de casas a visitar e anotações, a fim de registros e do preenchimento do boletim.	Cotidiano de trabalho.	
Educação em saúde (sanitária e ambiental).	Cotidiano de trabalho.	
Importância da promoção em saúde como aquela que diminui os atendimentos médicos.	Cotidiano de trabalho.	
Palestras em escolas.	Cotidiano de trabalho.	

Leis trabalhista e Federal.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Estratégias de abordagem para conseguir realizar as visitas.	Cotidiano de trabalho.	
Modos de comunicação e influência para com o usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Auxílio às questões peculiares da vida do usuário e às relacionadas a seu trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Harmonia entre os ACE e ajuda mútua entre a equipe.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Orientações da coordenação quanto ao direcionamento das suas atribuições.	Cotidiano de trabalho.	
Falta de condições de trabalho (EPI, assistência etc.).	Cotidiano de trabalho.	
Importância de o morador acompanhar a vistoria, sendo uma obrigação do mesmo.	Cotidiano de trabalho.	
Noção de que sua equipe é formada pelos agentes de combate a endemias.	Cotidiano de trabalho.	
Mudança no processo de trabalho, que está mais relacionado à educação da população do que ao uso de inseticida.	Cotidiano de trabalho.	

Compromisso com as pessoas, pois além de serem usuários da unidade, são seus vizinhos.	Cotidiano de trabalho.	
Importância do trabalho do ACE e desvalorização do mesmo.	Cotidiano de trabalho.	
Importância de responsabilizar e parabenizar o usuário pelo cuidado com sua moradia.	Cotidiano de trabalho.	
Benefícios dados a outras categorias e não ao ACE.	Cotidiano de trabalho.	
Responsabilidade do trabalho, perpassando questões de saúde e direitos da população.		Graduação em serviço social (em curso).

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – CAMBÉ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Noções de comportamento do idoso.	Cotidiano de trabalho/ Vivência no território/ Relação com a equipe.	Cursos de capacitação específica com profissionais do Nasf (psicólogos nutricionistas e preparador físico).
Noções gerais sobre o comportamento dos adolescentes.	Cotidiano de trabalho/ Vivência no território/ Relação com a equipe.	Cursos de capacitação específica com profissionais do Nasf (psicólogos nutricionistas e preparador físico).
Crescimento e desenvolvimento da criança.	Cotidiano de trabalho/ Vivência no território/ Relação com a equipe.	Cursos de capacitação específica com profissionais do Nasf (psicólogos nutricionistas e preparador físico).
Cuidados gerais dos usuários diabéticos.		Curso da Paz; Curso de Agente de Saúde (480 horas).
Cuidados gerais dos usuários hipertensos.		Curso da Paz; Curso de Agente de Saúde (480 horas).
Cuidados gerais das gestantes.	Cotidiano de trabalho/ Vivência no território/ Relação com a equipe.	Curso da Paz; Curso de Agente de Saúde (480 horas).
Noções gerais sobre o uso e o cuidado de usuários de álcool e outras drogas.	Cotidiano de trabalho/ Vivência no território/ Relação com a equipe.	Curso de capacitação específica: Caminhos do Cuidado.
Diretrizes do trabalho do agente de saúde e da equipe da saúde da família.	Cotidiano de trabalho/ Vivência no território/ Relação com a equipe.	Curso de Agente de Saúde (480 horas) e APSUS (mais de mil horas; eram 9 cadernos, viram 7 cadernos; funcionava como uma pós-graduação; era para todos os

		profissionais da saúde e não só da atenção básica; não concluíram).
Diretrizes do SUS e das políticas de saúde.	Cotidiano de trabalho/ Vivência no território/ Relação com a equipe.	Curso de Agende de Saúde (480 horas) e APSUS (mais de mil horas; eram 9 cadernos, viram 7 cadernos; funcionava como uma pós-graduação; era para todos os profissionais da saúde e não só da atenção básica; não concluíram).
Deteção do foco de mosquitos Aedes Egypt e medidas preventivas.	Experiência como agente de endemias.	Curso de agente de endemias.
Sinais e sintomas da dengue	Experiência como agente de endemias. Interação com outros ACS, técnicos de enfermagem e enfermeira.	Curso de agente de endemias.
Uso de recursos públicos, economizar, administrar.		Pós-Graduação em Gestão em Saúde Pública (iniciativa própria).
Rede de atenção à saúde do município.		Reuniões de equipe e de colegiado. Consultas a superiores, a colegas e ao Google.
Orientação ao usuário sobre redes de assistência.		Reuniões de equipe e de colegiado; Consultas a superiores, a colegas e ao Google.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Respeito às diferenças e importância da boa convivência entre os profissionais da equipe.	Convivência na equipe.	

Abordagem, uso da linguagem e comunicação (oral e escrita) em atividades de educação em saúde com grupos prioritários.		
Procedimentos de informação e comunicação com superiores e outros profissionais da equipe no cotidiano e em reuniões (equipe e colegiado), para resolução de casos e/ou problemas na equipe.	Cotidiano de trabalho/Convivência na equipe.	
Estratégias de comunicação, com atenção e abordagem dos usuários que vivem em situações que apontam maior vulnerabilidade social (usuário com questões de saúde mental).	Cotidiano de trabalho.	
Ajuda ao usuário com doação de bens de necessidade básica.	Inserção na igreja e nas pastorais.	
Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário, em geral e no domicílio.	Cotidiano de trabalho/ Vivência no território, inclusive como agente de endemias.	Curso de agente de endemias.
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Cotidiano de trabalho/ Vivência no território.	
Orientação financeira ao usuário na aquisição de medicamento.		Curso de contabilidade.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Responsabilidades e atribuições de outros profissionais da equipe, de forma a respaldar o seu trabalho.		

Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades dos outros membros da equipe, de forma a aumentar a capacidade de resolutividade.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	Diretrizes de suas atribuições; Curso de ACS; Estatuto do servidor fornecido pelo sindicato.
Capacidade e disposição própria e de outros profissionais frente a demandas do usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade de encaminhar e intermediar o acesso do usuário sobre outros equipamentos da rede de assistência. Exemplos: marcações de consultas especializadas, exames, aquisição de medicações de alto custo, regulação etc.		

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – CURUÇA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Orientações a serem dadas aos usuários, em caso da necessidade de procurar outros equipamentos da rede de assistência do município.	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	
Responsabilidades e procedimentos de registro da produtividade do trabalho no e-SUS.	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	
Orientações a serem fornecidas aos usuários nas visitas domiciliares, em função das prioridades.	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	
Planejamento da rotina das atividades e do processo de trabalho (estratégias de controle das visitas domiciliares, objetivando a organização da rotina e o respaldo de seu trabalho, quando necessário).	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	
Cuidados gerais do idoso.	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	
Amamentação, alimentação, cuidados gerais e vacinação do bebê.	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	

Atividades de prevenção a fumo e alcoolismo.	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	
Acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção, dentre outras diretrizes da ESF.	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	
Importância dos equipamentos de proteção individual e materiais necessários para o desenvolvimento do trabalho do ACS.	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	
Prevenção do câncer de mama e câncer da próstata;		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Cotidiano de trabalho/vivência na comunidade.	
Importância de sua integração na equipe, bem como da deficiência dessa integração.	Cotidiano de trabalho/ convivência na equipe.	Curso específico.
Abordagem dos usuários e uso da linguagem nos grupos de educação em saúde.	Cotidiano do trabalho (com a enfermeira e outros membros da equipe e com colegas da equipe).	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância da assistência ao usuário fora do seu horário de trabalho.	Cotidiano de trabalho.	

Responsabilidades e atribuições de outros profissionais da equipe, de forma a respaldar o seu trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
---	------------------------	--

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – GARANHUS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) – identificação dos sinais de alerta de IRA e desidratação, por exemplo – e formas variadas de manifestação das doenças.		Primeira etapa do CTACS;
Características sociais, econômicas e culturais dos usuários que vivem no território em que atua.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Características geográficas, econômicas, sociais e culturais do território.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Planejamento da rotina das atividades e do processo de trabalho (estratégias de controle das visitas domiciliares, objetivando a organização da rotina e o respaldo de seu trabalho, quando necessário).	Cotidiano de trabalho/relação com os usuários.	Cursos de curta duração e palestras com temas variados (saúde da mulher, depressão, diabetes, vacinação, drogas etc.), organizados pela prefeitura.
Programação das visitas domiciliares e do acompanhamento das famílias de acordo com as prioridades definidas na política (crianças, idosos, gestantes, acamados etc.).	Cotidiano de trabalho/relação com os usuários.	

Cuidados gerais do idoso.	Vivência no território.	Curso de capacitação específica.
Prevenção de quedas de idosos.	Vivência no território.	Curso de capacitação específica.
Arboviroses (Dengue, Zika e Chycungunha). Reconhecimento dos fatores ambientais e sociais associados à transmissão das doenças.		Curso de capacitação específica na unidade.
Responsabilidades e procedimentos de registro da produtividade do trabalho no e-SUS.	Cotidiano de trabalho (troca e apoio mútuo entre os ACS).	Curso de capacitação específica.
Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção, dentre outras.		Primeira etapa do CTACS; curso introdutório.
Cuidados gerais e de prevenção relacionados à diabetes.		Cursos de capacitação específica.
Cuidados gerais e de prevenção relacionados à hipertensão.	Cotidiano de trabalho.	Primeira etapa do CTACS; curso introdutório.
Orientações a serem fornecidas aos usuários, nas visitas domiciliares, em função das prioridades.	Cotidiano de trabalho.	Primeira etapa do CTACS; curso introdutório.
Priorização dos atendimentos, de acordo com as possibilidades dos usuários.	Cotidiano de trabalho.	Primeira etapa do CTACS; curso introdutório.
Armazenamento e dispensação de medicamentos.	Cotidiano de trabalho.	
Importância do uso de EPI para o desenvolvimento do trabalho.	Cotidiano de trabalho. Participação no movimento organizado dos ACS.	

Necessidades de saúde da população e dos usuários.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Programação e planejamento das visitas domiciliares e planejamento do processo de trabalho.	Cotidiano de trabalho.	Primeira etapa do CTACS; Curso introdutório.
Priorização dos atendimentos, de acordo com as possibilidades dos usuários. Repetido.	Cotidiano de trabalho.	
Processo de burocratização do trabalho do ACS.	Cotidiano de trabalho.	
Processo de trabalho do ACS.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
Reconhecimento dos fatores ambientais e sociais associados à transmissão das arboviroses; repetido		Curso de capacitação específica na unidade.
Sinais e sintomas e medidas de prevenção das arboviroses.		Curso de capacitação específica na unidade.
Identificação de casos de violência doméstica.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
Diretrizes do trabalho do agente de saúde e da equipe da saúde da família.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Abordagem dos usuários nos grupos de educação em saúde.	Cotidiano de trabalho.	Curso de graduação em pedagogia.

Escuta, acolhimento e vínculo como “estratégias” de abordagem ao usuário.	Cotidiano de trabalho/relação com os usuários (atua há 24 anos na estratégia saúde da família).	Primeira etapa do CTACS.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância de atender o paciente que chega à unidade, considerando suas especificidades e as especificidades do território.	Cotidiano de trabalho/ relação com os usuários.	
Importância do respeito às diferentes culturas e religiosidade da população.	Cotidiano de trabalho/relação com os usuários (atua há 24 anos na estratégia saúde da família).	
Necessidade de priorização de grupos de usuários especiais (hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, acamados, etc.).		
Análise e crítica sobre a natureza do trabalho do ACS: trabalho dos ACS perdendo a essência.	Cotidiano de trabalho desde PACS.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – GOIÂNIA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção, dentre outras.		Curso introdutório; cursos de curta duração; caminhos do cuidado.
Orientações a serem fornecidas aos usuários, nas visitas domiciliares, em função das prioridades, visando ao encaminhamento do atendimento.		
Responsabilidades e procedimentos de registro da produtividade do trabalho no e-SUS.	Cotidiano de trabalho (troca e apoio mútuo entre os ACS).	Cursos de curta duração.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Abordagem, uso da linguagem e comunicação (oral e escrita) em atividades de educação em saúde.	Convivência no território.	Módulo introdutório; cursos de curta duração; caminhos do cuidado.
Estratégias de comunicação, com atenção e abordagem dos usuários que vivem em situações que apontam maior vulnerabilidade social (casos de violência doméstica, depressão, usuários de álcool e outras drogas, usuário com questões de saúde mental etc.).	Convivência no território.	Módulo introdutório; cursos de curta duração; caminhos do cuidado.
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Convivência no território.	Módulo introdutório; cursos de curta duração; caminhos do cuidado.

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância e responsabilidade de seu trabalho na ESF (no trabalho em equipe).	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.
Implicações da ausência de condições de trabalho na qualidade dos serviços oferecidos.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.
Importância do matriciamento para auxílio na resolução de casos.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.
Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional quando pertinente, face a esses limites.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.
Implicações da ausência de médico, e ausência de vínculos deste com os usuários, na qualidade dos serviços e no seu trabalho.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.
Riscos para si e prudência na realização de denúncias de violência à mulher e à criança.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.
Importância da realização da visita domiciliar a usuários prioritários (hipertensos, diabéticos, em situação de violência, idosos etc.), face à recusa dos usuários, a fim de garantir que seja realizada em algum momento.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.
Limites de sua possibilidade de atuação em um território, face à simbiose entre trabalho profissional e vida pessoal.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.

Direito de solicitar troca de área, face aos limites de sua ação devido à simbiose entre trabalho profissional e vida pessoal.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.
Necessidade de rever condutas assistenciais que extrapolam o escopo do trabalho profissional.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.
Ética na relação profissional-usuário quanto ao sigilo profissional.	Cotidiano de trabalho; convivência no território.	Modulo introdutório.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – JACIARA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Curso de Qualificação em Agente Comunitário de Saúde; curso de auxiliar de enfermagem incompleto.
Conceito ampliado do processo saúde-doença.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	
Cadastramento familiar (temporário e definitivo).	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Orientações em reuniões da equipe.
Programação das visitas domiciliares e do acompanhamento das famílias, considerando: a) Grupos prioritários: diabéticos, hipertensos; crianças, idosos. b) busca, em caso de ausência, de algum usuário do grupo prioritário e consulta. c) acompanhamento de outro membro da equipe (enfermeira, médico, TSB e TEn) para procedimentos exclusivos a esses.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Orientações em reuniões da equipe.
Características sociais, econômicas e culturais dos usuários que vivem no território em que atua.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Orientações em reuniões da equipe.
Características geográficas, econômicas, sociais e culturais do território.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Orientações em reuniões da equipe.

Programa de imunização: protocolo e procedimentos.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Orientações em reuniões da equipe.
Cuidados gerais ao usuário com problemas de saúde mental.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Orientações em reuniões da equipe.
Priorização de atendimento dos casos especiais (saúde mental, diabetes, hipertensão, idosos etc.).	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Orientações em reuniões da equipe.
Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Orientações em reuniões da equipe.
Processo de trabalho do ACS.	Cotidiano de trabalho.	Orientações em reuniões da equipe.
Cuidados gerais referentes à saúde materno-infantil.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território e na equipe/Relação com os usuários.	Orientações em reuniões da equipe.
Mobilização social.	Ações comunitárias.	
Responsabilidades e procedimentos de registro da produtividade do trabalho no e-SUS;		
Orientações e informações sobre a rotina da unidade.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Cotidiano de trabalho/vivência no território e na equipe/ reuniões de equipe.	
Comunicação com, uso da linguagem e abordagem da família no seu contexto sociocultural.	Cotidiano de trabalho/vivência no território e na equipe.	

Divisão de tarefas e responsabilidades entre os membros da equipe, em especial na relação com a TE e o ACE.	Cotidiano de trabalho.	
Empoderamento do usuário de se comprometer com os cuidados (comparecer às consultas, realizar os exames, tomar os medicamentos, acatar as orientações etc.).	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional quando pertinente, face a esses limites.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Necessidade de buscar autorização do usuário através de assinatura para dispensar a medicação.	Convivência na equipe.	Orientações recebidas em reuniões diárias e da equipe.
Respeito ao usuário dentro do seu contexto de saúde.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Necessidade de encaminhar e intermediar o acesso do usuário a outros equipamentos da rede de assistência. Exemplos: marcações de consultas especializadas, exames, aquisição de medicações de alto custo, regulação etc.	Cotidiano de trabalho.	
Divisão de ações entre os membros das equipes, mesmo que essas extrapolem seu escopo de práticas.	Convivência na equipe/ reunião de equipe.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – LAJE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Reconhecimento dos fatores ambientais e sociais associados à transmissão das arboviroses.	Cotidiano do trabalho/vivência no território/ Interação com colegas.	Curso de capacitação específica/treinamento na unidade; cartilha sobre arboviroses.
Cuidados gerais referentes à saúde da criança (pesagem, calendário de vacinação e leitura do cartão de vacina).		Curso de capacitação específica/treinamento na unidade.
Cuidados gerais e de prevenção relacionados à hipertensão.	Cotidiano do trabalho/ vivência no território/Relação com usuários.	Processos de formação inicial e de educação permanente. Orientações técnicas mensais no serviço e de cunho organizacional realizado pela enfermeira. Orientações de especialista sobre temas específicos. Cursos específicos oferecidos pela Dires. Capacitações semanais no serviço.
Cuidados gerais e de prevenção relacionados à diabetes.	Cotidiano do trabalho/ vivência no território/Relação com usuários.	Processos de formação inicial e de educação permanente. Orientações técnicas mensais no serviço e de cunho organizacional realizado p pela enfermeira. Orientações de especialista sobre temas específicos. Cursos específicos oferecidos pela Dires. Capacitações semanais no serviço.
Programa de imunização: protocolo e procedimento.		Curso específico.

Importância do trabalho em equipe: necessidade de recorrer/encaminhar à enfermeira, à médica ou à técnica de enfermagem (integralidade).	Cotidiano de trabalho.	
Planejamento e organização das visitas domiciliares e do acompanhamento das famílias, de acordo com as prioridades definidas na política (crianças, idosos, gestantes, acamados, etc.).	Cotidiano do trabalho/vivência no território/ Interação com outros trabalhadores.	Curso de ACS / I módulo de 400 horas. Curso de capacitação específica/treinamento na unidade.
Questões neurológicas de pacientes especiais, sobretudo crianças, e de usuários com depressão.	Interação com outros profissionais (enfermeira, técnica de enfermagem e médica).	Sites do Ministério da Saúde.
Uso de chás, ervas, folhas de legumes, sucos naturais, multimistura para orientação de hipertensos, diabéticos, anêmicos, crianças desnutridas.	Cotidiano do trabalho/troca e convivência com usuários; Pastoral da saúde.	
Vacinação de cães.	Agentes de Combate de Endemias.	Curso de capacitação específica/treinamento na unidade.
Humanização no cuidado, como conhecimento que mais procura aplicar em seu trabalho.	Formação familiar.	Cursos realizados – não especifica o curso.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário, em geral e no domicílio;	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários. Formação familiar. Convívio na igreja e associações que frequenta.	

Estratégias de convencimento e de diálogo para atingir seus objetivos.	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários. Formação familiar. Convívio na igreja e associações que frequenta.	
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Formação familiar. Convívio na igreja.	
Sensibilidade em relação ao sofrimento e às necessidades de socorro para as pessoas que atendem.	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários. Formação familiar. Convívio na igreja e associações que frequenta.	
Formas de intervir na intermediação de situações de conflito com os usuários.	Formação familiar. Convívio na igreja.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Persistência e solidariedade no cuidado de casos difíceis (pessoas que fazem uso de remédio, problema de saúde mental, doença crônica, baixo grau de escolaridade, dificuldade de apreensão das informações, diabéticos).	Formação familiar religiosa. Relações de amizade com os usuários e na comunidade.	Processos de formação inicial e de educação permanente. Curso de ACS. Modulo I / 400 horas.
Importância e responsabilidade de seu trabalho na ESF (no trabalho em equipe).	Experiência de trabalho como ACS, desde o PACS. Relação com os usuários.	
Análise e crítica sobre a natureza do trabalho do ACS: trabalho dos ACS perdendo a essência.	Cotidiano de trabalho e observação de sua prática e dos colegas.	Processos de formação inicial. CTACS.

Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades do ACS na Estratégia Saúde da Família.	Experiência de trabalho como ACS, desde o PACS. Relação com os usuários.	Processos de formação inicial e de educação permanente. CTACS.
---	---	---

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – MARACANAÚ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Priorização de atendimento dos grupos específicos (saúde mental, diabetes, hipertensão, idosos etc.).	Cotidiano de trabalho.	Cursando graduação em enfermagem.
Programa de imunização: protocolo e procedimentos.	Cotidiano de trabalho.	Cursando graduação em enfermagem.
Preenchimento e organização de planilhas obrigatórias de relatórios.	Cotidiano de trabalho.	
Cadastramento familiar (temporário e definitivo).	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico de ACS.
Notificação de casos de notificação obrigatória (diarreia, dengue etc.).		Curso específico.
Orientação sobre cuidados de higiene.	Cotidiano de trabalho.	Cursando graduação em enfermagem.
Atividades educativas.	Cotidiano de trabalho.	Graduação em pedagogia.
Diagnóstico/situação de saúde da população.	Cotidiano de trabalho.	Cursando pós-graduação em saúde pública.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Orientação a novos usuários sobre as diretrizes da ESF.	Cotidiano de trabalho.	

Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Comunicação com uso da linguagem e abordagem adaptada à realidade do usuário, em geral e no domicílio.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Ética na relação profissional-usuário quanto ao sigilo profissional e à confidencialidade.	Cotidiano de trabalho.	
Compromisso com a satisfação do usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Importância/compromisso com a assistência ao usuário fora do seu horário de trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Limites e possibilidades de atuação em casos específicos encontrados no território (usuários de drogas e violência doméstica).	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – MARINGÁ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Saúde materno-infantil – Noções básicas e orientações sobre a promoção do aleitamento materno.	Vivência como mãe, principalmente no que se refere à amamentação. Experiência como cuidadora de idoso.	Curso básico de formação de ACS; curso específico.
Noções básicas sobre tuberculose e hanseníase.		Curso básico de formação de ACS; curso específico.
Cuidados gerais do idoso.	Experiência como cuidadora de idoso.	Curso básico de formação de ACS; curso específico.
Cuidados gerais e prevenção relacionada à hipertensão.		
Noções básicas de primeiros socorros.		Curso básico de formação de ACS; curso específico.
Organização de prontuários e agendamentos.	Cotidiano de trabalho.	
Determinantes sociais do processo saúde doença.	Cotidiano de trabalho.	
Noções básicas sobre informática.	Ajuda de outro ACS.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Estratégias de aproximação e ampliação do contato com os usuários.	Cotidiano de trabalho.	
Estratégias para criar confiança nos usuários, na medida em que percebe suas necessidades e	Cotidiano de trabalho. Formação na igreja.	

tenta satisfazê-las, para além do que é estabelecido pelo trabalho. (exemplo, entrega do medicamento em domicílio, poupando a ida do paciente à unidade).		
Importância do trabalho em equipe (ajuda e cumplicidade) e das implicações do trabalho de um no trabalho do outro.	Formação na igreja.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Estratégias para evitar conflitos dentro da equipe, frente à posição “hierárquica” do profissional de nível superior na equipe.	Cotidiano de trabalho; formação na igreja	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – MONTE AZUL

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Aferição de pressão.		Auxiliar de Enfermagem; Técnico de Enfermagem.
Orientações sobre o calendário vacinal.	Experiência como conselheira da criança e do adolescente. Conferências de Saúde.	Curso técnico de ACS; Auxiliar de Enfermagem; Técnico de Enfermagem; cursos de capacitações específicas; reuniões (entre ACS e enfermeira chefe).
Cuidados gerais referentes à saúde materno-infantil.	Cotidiano de trabalho; experiência como conselheira da criança e do adolescente.	Curso de Agente de Saúde (SENAI) – alimentação saudável, saúde da mulher, gestante; reuniões (entre ACS e enfermeira chefe).
Realização da curva de pressão.		Curso de Primeiros Socorros; Auxiliar de Enfermagem; Técnico de Enfermagem;
Prevenção de colo de útero.		Treinamento sobre PCCU – Prevenção de colo de útero.
Cadastramento familiar (temporário e definitivo).	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico de ACS.
Preenchimento e organização de planilhas obrigatórias.	Cotidiano de trabalho; experiência como conselheira da criança e do adolescente; reuniões (entre ACS e enfermeira chefe).	Curso técnico de ACS.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário, em geral e no domicílio.	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários. Experiência como conselheira da criança e do adolescente. Vida familiar. Convivência na igreja.	
Orientação a novos usuários sobre as diretrizes da ESF.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Compromisso com o usuário também pela via da política local (relação de amizade com o prefeito, onde seu partido está na gestão há 16 anos).	Cotidiano de trabalho; convivência com a política local; experiência adquirida na vida familiar e religiosa.	
Identificação da necessidade de os usuários participarem ou não dos programas sociais do governo (crítica a forma de distribuição do Bolsa Família em seu território).	Cotidiano de trabalho; relação com os usuários.	
Priorização de usuários mais necessitados para entrar nas cotas de exames e/ou atendimento.	Cotidiano de trabalho; relação com os usuários.	
Importância da realização da visita domiciliar a usuários prioritários, face a necessidade de realizar mais de uma visita mensal.	Cotidiano de trabalho; relação com os usuários; experiência adquirida na vida familiar e religiosa.	
Compromisso com a orientação e o acolhimento dos usuários em momentos de crise (questões sobre aborto, tragédias familiares).	Cotidiano de trabalho; relação com os usuários; experiência adquirida na vida familiar e religiosa.	

Compromisso com a satisfação do usuário.	Cotidiano de trabalho; relação com os usuários; experiência adquirida na vida familiar e religiosa.	
Importância/compromisso com a assistência ao usuário fora do seu horário de trabalho.	Cotidiano de trabalho; relação com os usuários; experiência adquirida na vida familiar e religiosa.	
Postura profissional na abordagem do usuário, de forma a separar o que está no âmbito do trabalho e do pessoal.	Experiência como conselheira municipal de saúde.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – NIQUELÂNDIA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância da realização de atividades intersetoriais.	Cotidiano de trabalho.	
Cuidados gerais do idoso.		Cursos de capacitação específica.
Cuidados gerais da criança.		Cursos de capacitação específica.
Cuidados básicos na gravidez.		Cursos de capacitação específica.
Aferição pressão.		Curso de Auxiliar de enfermagem – Profae.
Importância do acompanhamento de hipertensos.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	
Arboviroses - Medidas de prevenção.		
Importância do trabalho em equipe: necessidade de recorrer/encaminhar à enfermeira, à médica ou à técnica de enfermagem (integralidade).	Cotidiano de trabalho.	
Composição da equipe de saúde da família.		
Importância dos equipamentos de proteção individual e materiais necessários para o desenvolvimento do trabalho do ACS.		
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Estratégias de comunicação com atenção e abordagem dos usuários que vivem em situações que apontam maior vulnerabilidade social (usuários de álcool e outras drogas).	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	Cursos de capacitação específica.
Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário, em geral e no domicílio.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	CTACS (1ª etapa). Cursos de capacitação específica.
Procedimentos de informação e comunicação com superiores e outros profissionais da equipe, no cotidiano e em reuniões (equipe e colegiado), para resolução de casos e/ou problemas na equipe, incluindo o ACE.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância da qualificação dos ACS e de outros profissionais da equipe para o aprimoramento da assistência.	Cotidiano de trabalho.	
Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades do ACS na Estratégia Saúde da Família.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	
Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional quando pertinente, face a esses limites.	Cotidiano de trabalho.	

Necessidade de encaminhar e intermediar o acesso do usuário sobre outros equipamentos da redes de assistência.	Cotidiano de trabalho.	
Cumprimento da carga horária de trabalho.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PATOS DE MINAS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Processo de trabalho do ACS.		Módulo 1 do Agente Comunitário de Saúde.
Saúde da criança: calendários de vacinas e orientação nutricional.		Cursos de capacitação específica.
Cuidados gerais do idoso.		Cursos de capacitação específica.
Cuidados básicos da gestante.		Cursos de capacitação específica.
Cuidados gerais referentes a hipertensos e diabéticos.		Cursos de capacitação específica.
Planejamento da rotina de atividades e do processo de trabalho (estratégias de controle das visitas domiciliares, visando à organização da rotina e ao respaldo de seu trabalho, quando necessário).	Cotidiano trabalho.	
Mapeamento e diagnóstico da área adscrita.	Cotidiano de trabalho.	
Características geográficas, econômicas, sociais e culturais do território.	Cotidiano de trabalho.	
Conhecimento de informática.		Curso de informática.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

Comunicação com uso da linguagem e abordagem da família no seu contexto sociocultural.	Cotidiano do trabalho.	
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Cotidiano de trabalho/Vivência no território. Relação com os usuários. Características pessoais (respeito ao usuário, identificação da necessidade).	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades do ACS na Estratégia Saúde da Família.	Cotidiano no trabalho.	
Ética na relação profissional-usuário quanto ao sigilo profissional e à confidencialidade.	Cotidiano do trabalho. Vivência no território.	Curso de auxiliar de enfermagem.
Legislação e direitos da categoria profissional e das instâncias de organização política.	Processo seletivo. Informações da secretaria de saúde. Equipe de saúde da família (enfermeira, técnica de enfermagem, médico).	
Influência do contexto político na relação da gestão com os ACS.	Cotidiano de trabalho.	
Reconhecimento da sobrecarga de trabalho do ACS.	Cotidiano de trabalho.	
Priorização de casos a serem atendidos frente aos desfalques da equipe.	Cotidiano de trabalho. Outra ACS da equipe. Enfermeira da equipe.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PENÁPOLIS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância do banco de leite.		Cursos de capacitação específica.
Noções de primeiros socorros.		Cursos de capacitação específica.
Noções básicas e orientações sobre a promoção do aleitamento materno.		Cursos de capacitação específica.
Orientações sobre o calendário vacinal.	Cotidiano de prática. Relação com a equipe de enfermagem.	
Diretrizes do SUS e da política de saúde.		CTACS (1ª etapa).
Rede de atenção à saúde e assistência social.		CTACS (1ª etapa).
Direitos e deveres dos usuários.		CTACS (1ª etapa).
Diagnóstico/situação de saúde da população.		
Características sociais, econômicas e culturais dos usuários que vivem no território em que atua.	Cotidiano de prática. Vivência no território.	
Programas e políticas ofertados pelas diferentes esferas governamentais.		
Cadastramento familiar e individual.		CTACS (1ª etapa).
Programação e planejamento de visitas domiciliares e acompanhamento das famílias,	Cotidiano de prática.	

considerando as prioridades definidas na política (crianças, idosos, gestantes, acamados etc.).		
Orientações e informações sobre a rotina da unidade.	Cotidiano de prática.	
Concepção ampliada sobre o processo saúde doença.		
Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Procedimentos de informação e comunicação com a rede de atenção para resolução de casos de usuários.	Cotidiano do trabalho.	
Estratégias de comunicação com atenção e abordagem dos usuários que vivem em situações que apontam maior vulnerabilidade social (usuários de álcool e outras drogas).		
Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário, em geral e no domicílio.	Cotidiano do trabalho; relação com os usuários.	
Estratégias para criar confiança dos usuários.	Cotidiano do trabalho; relação com os usuários.	
Busca de apoio institucional e/ou comunitário para ajudar na resolução de casos.	Cotidiano do trabalho.	
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atribuições, escopo de práticas e responsabilidades do ACS na ESF.	Cotidiano de prática; relação com a enfermeira.	
Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades dos outros membros da equipe de forma a aumentar a capacidade de resolutividade.	Cotidiano do trabalho; relação com os usuários.	
Limites do seu escopo de prática e importância de recorrer a outros profissionais da equipe e equipamentos da rede de atenção e assistência social, quando necessário.	Cotidiano do trabalho; relação com os usuários.	
Implicações da ausência de condições de trabalho (falta de material, falta de profissionais, rede de atenção insuficiente) na qualidade dos serviços ofertados.	Cotidiano do trabalho.	
Implicações da ausência de outros profissionais e de vínculos desses com os usuários, na qualidade dos serviços e no seu trabalho.	Cotidiano do trabalho.	
Importância da reunião de equipe para discussão e compartilhamento de casos clínicos.	Cotidiano do trabalho; vivência com a equipe.	
Formas de intervir na intermediação de situações de conflito com os usuários.	Cotidiano do trabalho.	
Capacidade e disposição própria e de outros profissionais frente a demandas do usuário.	Cotidiano do trabalho.	

Importância de atender o paciente que chega à unidade, considerando suas especificidades e as especificidades do território.	Cotidiano do trabalho.	
Insuficiência de profissionais especialistas (fisioterapia, nutrição, psicologia etc.) para dar conta dos problemas de saúde da população.	Cotidiano do trabalho.	
Papel e a responsabilidade da gestão municipal na condução da política de saúde.	Cotidiano do trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – PIRIPIRI

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Abordagem, linguagem e comunicação nas atividades educativas.		Graduação em pedagogia. CTACS.
Programas e políticas ofertados pelas diferentes esferas governamentais.		Cursos de capacitação específica.
Priorização dos atendimentos de acordo com as possibilidades dos usuários.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Atividades educativas na atenção à saúde de grupos prioritários.		CTACS.
Composição da equipe de NASF.	Cotidiano de trabalho.	
Orientações e informações sobre a rotina da unidade.	Cotidiano de trabalho.	
Organização de prontuários e agendamentos.	Cotidiano de trabalho.	Reunião com os ACS.
Preenchimento das fichas de acompanhamento individual e familiar.		
Diagnóstico/situação de saúde da população.;	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Características sociais, econômicas e culturais dos usuários/população que vivem no território onde atua.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	

Importância da dinâmica de vida/rotina da população para o planejamento das atividades.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Abordagem, uso da linguagem e comunicação (oral e escrita) em atividades de educação em saúde.		Graduação em Pedagogia.
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Procedimentos de informação e comunicação com profissionais do NASF e da rede de atenção para resolução de casos de usuários.	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade e importância do trabalho em equipe (ajuda e cumplicidade).	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Influência do contexto político na relação da gestão com o ACS.	Cotidiano de trabalho.	
Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades dos outros membros da equipe de forma a aumentar a capacidade de resolutividade, inclusive dos ACE.	Cotidiano de trabalho.	
Atribuições e escopo de práticas dos ACS na ESF.	Cotidiano de trabalho.	

Limites de atuação e escopo de práticas e necessidade/importância de acionar outro profissional quando pertinente, face a esses limites.		
Importância da gestão municipal na condução da política.	Cotidiano de trabalho.	
Importância das condições de trabalho para o desenvolvimento do trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Importância da qualificação dos ACS e de outros profissionais da equipe para o aprimoramento da assistência.	Cotidiano de trabalho.	
Responsabilidades e atribuições de outros profissionais da equipe, de forma a respaldar o seu trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Ética na relação profissional-usuário quanto ao sigilo profissional e à confidencialidade.	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade de encaminhar e intermediar o acesso do usuário a outros equipamentos da rede de assistência. Exemplos: marcações de consultas especializadas, exames, aquisição de medicações de alto custo, regulação etc.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO – RECIFE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Saúde da criança (amamentação, alimentação, cuidados gerais, vacinação, crescimento e desenvolvimento, diarreia etc.).		Processos de formação inicial e de educação permanente. Prof.ªe. Curso Técnico de ACS.
Noções básicas sobre tuberculose e hanseníase.		Processos de formação inicial e de educação permanente. Prof.ªe. Curso Técnico de ACS.
Noções básicas sobre primeiros socorros à bebês sufocados.		Processos de formação inicial e de educação permanente. Prof.ªe. Curso Técnico de ACS.
Identificação de lesões e necessidade de se fazer um curativo.		Processos de formação inicial e de educação permanente. Prof.ªe. Curso Técnico de ACS.
Noções básicas sobre a saúde da mulher.		Processos de formação inicial e de educação permanente. Prof.ªe. Curso Técnico de ACS.
Noções básicas sobre o cuidado ao usuário com problemas de saúde mental.		Processos de formação inicial e de educação permanente. Prof.ªe.

		Curso Técnico de ACS.
Questões relativas à saúde do trabalhador.		Processos de formação inicial e de educação permanente. Profae. Curso Técnico de ACS.
Noções gerais sobre o uso e o cuidado de usuários de álcool e outras drogas.		Processos de formação inicial e de educação permanente. Profae. Curso Técnico de ACS.
Programação e planejamento das visitas domiciliares e de acompanhamento das famílias, considerando as prioridades definidas na política (crianças, idosos, gestantes, acamados etc.).		Processos de formação inicial e de educação permanente. Curso Técnico de ACS.
Importância do trabalho em equipe: necessidade de recorrer/encaminhar à enfermeira, à médica ou à técnica de enfermagem (integralidade).		Cursos de formação.
Humanização no cuidado como conhecimento que mais procura aplicar em seu trabalho.	Formação familiar.	Cursos realizados.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário, em geral e no domicílio.	Cotidiano de trabalho/vivência no território e relação com usuários desde o PACS.	
Estratégias de convencimento e de diálogo para atingir seus objetivos.	Cotidiano de trabalho/vivência no território e relação com usuários desde o PACS.	

Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário, em especial em situações de sofrimento e de necessidade de socorro.	Cotidiano de trabalho/vivência no território e relação com usuários desde o PACS.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Persistência e solidariedade no cuidado em casos difíceis.		Formação inicial e de educação permanente. Prof.ªe. Curso Técnico de ACS (CTACS).
Sentido de responsabilidade, de dever com o trabalho e as pessoas da área em que atende.	Tempo de trabalho como ACS, desde o PACS. Na relação com as pessoas onde mora.	
Análise e crítica sobre o trabalho: trabalho dos ACS perdendo a essência.	Observação de sua prática e dos colegas.	Formação inicial. CTACS.
Atribuições, escopo de práticas e os objetivos do trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família.	Cotidiano de trabalho como ACS, desde o PACS. Relação com os usuários.	Formação inicial e de educação permanente. CTACS.
Capacidade de refletir sobre o seu trabalho e propor o que considera necessário para que este seja melhor realizado (aumentar o número de ACS na área, de modo que haja uma redivisão e diminuição do número de famílias por trabalhador, para que todas as famílias passem a ser visitadas e não somente as prioridades. Que	Cotidiano de trabalho como ACS, desde o PACS. Relação com os usuários.	

os ACS sejam capacitados e autorizados a realizar HGT e aferição de pressão, de modo a atenderem melhor as pessoas e a evitar que precisem ir à unidade só para isso).		
Limites de atendimento aos familiares moradores da comunidade que não são da sua área de abrangência.		
Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional, quando pertinente, face a esses limites.		Cursos de formação.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – RIO DE JANEIRO

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Programação e planejamento das visitas domiciliares e do acompanhamento das famílias, considerando: a) grupos prioritários; b) ausência de algum usuário do grupo prioritário a consultas; c) acompanhamento de outro membro da equipe (enfermeira, médico, TSB e TEn) para procedimento exclusivo.		
Administração do DOTS.		
Diretrizes do programa de imunização.		
Diretrizes do PEP (Profilaxia pós-exposição HIV).		
Cadastramento familiar (temporário e definitivo).		
Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção.		
Noções básicas e orientações sobre a promoção do aleitamento materno.		
Promoção do planejamento familiar.		
Diretrizes do programa DST/HIV.		

Responsabilidades e procedimentos de registro da produtividade do trabalho no sistema de informação (Vitacare).		
Mapeamento e diagnóstico da área adscrita.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.	Convivência no território.	Orientações em reuniões de equipe e colegiado.
Conquista de confiança do usuário.	Convivência no território.	Orientações em reuniões de equipe e colegiado.
Empoderamento do usuário de se comprometer com os cuidados (comparecer às consultas, realizar os exames, tomar os medicamentos, acatar as orientações etc.).	Convivência no território.	
Procedimentos de informação e comunicação imediata à distância, com superiores e outros profissionais da equipe, face a identificação de riscos/ resolução de casos.	Cotidiano de trabalho/convivência com a equipe.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Programação da agenda de visitas, considerando o contexto de violência, a fim de evitar que os usuários fiquem sem o cuidado.	Convivência no território.	

Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional quando pertinente, face a esses limites.	Convivência no território.	
Instrumentos/instituições legais que definem suas atribuições, legislação e direitos da categoria profissional e das instâncias de organização política.	Convivência no território.	
Implicações do trabalho do ACS no trabalho da equipe e vice-versa.	Convivência no território.	Reuniões de equipe e de colegiado.
Adequação ou inadequação de orientar os usuários e realizar procedimentos face a sintomas e demandas identificadas.	Consultas a superiores, a colegas e ao Google.	Reuniões de equipe e de colegiado.
Limite do direito do usuário, face ao seu dever.		Diretrizes de suas atribuições.

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – SÃO MATEUS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Características geográficas, econômicas, sociais e culturais do território.	Cotidiano de trabalho.	
Características sociais, econômicas e culturais dos usuários que vivem no território em que atua.	Cotidiano de trabalho.	
Análise e crítica sobre a natureza do trabalho do ACS: trabalho dos ACS perdendo a essência.	Cotidiano de trabalho.	
Preenchimento das fichas de acompanhamento individual e familiar.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção etc.	Cotidiano de trabalho.	
Mapeamento e diagnóstico de saúde da área adscrita.	Cotidiano de trabalho.	
Diagnóstico/situação de saúde da população.		
Orientações a serem fornecidas aos usuários nas visitas domiciliares em função das prioridades, visando ao encaminhamento do atendimento (coordenação do cuidado e integralidade).	Cotidiano de trabalho.	

Processo de trabalho do ACS.	Cotidiano de trabalho.	
Importância da visita domiciliar no acompanhamento do usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Importância de atividades de educação em saúde com grupos prioritários (adolescentes, idosos, gestantes).	Cotidiano de trabalho/experiências anteriores no PACS e PSF.	
Importância do acompanhamento sistemático de hipertensos e diabéticos e as possíveis consequências desse não acompanhamento.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
Programas e políticas ofertados pelas diferentes esferas governamentais.	Cotidiano de trabalho.	
Saúde do adolescente - orientações acerca de doenças sexualmente transmissíveis.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
Orientações acerca da medicação de hipertensos.		Curso de capacitação específico.
Financiamento da Estratégia Saúde da Família.	Cotidiano de trabalho.	
Dengue - Detecção do foco de mosquito Aedes Aegypt e medidas preventivas.	Cotidiano de trabalho.	
Importância da atuação dos profissionais de nível superior em locais fora da unidade.	Cotidiano de trabalho.	
Priorização de atendimento dos grupos específicos (saúde mental, diabetes, hipertensão, idosos etc.).		Curso introdutório

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comunicação e abordagem aos usuários de drogas.	Cotidiano de trabalho.	
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de abordagem ao usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Demandas dos usuários em momentos fora de seu horário de trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Acionamento e comunicação imediata ao ACE em casos de necessidade.	Cotidiano de trabalho.	
Comunicação com atenção e abordagem dos usuários que vivem em situações de violência, vulnerabilidade social, emocional e psicológica (usuários de álcool e outras drogas, usuário com questões de saúde mental etc.).	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades do ACS na Estratégia Saúde da Família.	Cotidiano de trabalho.	
Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades dos outros membros da equipe, de forma a aumentar a capacidade de resolutividade, inclusive do ACE.	Cotidiano de trabalho.	

Sentido de responsabilidade, de dever com o trabalho e para com as pessoas da área em que atende.	Cotidiano de trabalho.	
Conhecimento acerca de responsabilidades e atribuições dos profissionais de nível superior, de forma a respaldar o seu trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Compromisso com o atendimento da demanda dos usuários, face a ausência de outro colega – ACS.	Cotidiano de trabalho.	
Papel e responsabilidade da gestão municipal na condução da política de saúde.	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade de separar os problemas pessoais do cotidiano de trabalho.	Cotidiano de trabalho. Vida.	
Conhecimento acerca da ética na relação profissional-usuário em relação a sigilo profissional.	Cotidiano de trabalho.	
Implicações da ausência de condições de trabalho e da falta de compromisso dos outros profissionais na qualidade dos serviços.	Cotidiano de trabalho.	
Implicações da ausência de profissionais de nível superior e a falta de vínculos deles com os usuários na qualidade dos serviços.	Cotidiano de trabalho.	
Conhece as atribuições dos ACS e dos outros profissionais na ESF	Cotidiano de trabalho.	
Casos e momentos de acionar o ACE.	Cotidiano de trabalho.	

Limites e possibilidades de atuação em casos específicos encontrados no território (usuários de drogas).	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
--	---	--

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – TAUÁ

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO TÉCNICO-CIENTÍFICO SOBRE:	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Preenchimento de fichas individuais e familiares;		Formação inicial com a enfermeira
Processo de trabalho dos ACS;	Cotidiano de trabalho Relação com os usuários Vivência no território	Formação inicial com a enfermeira
Noções gerais sobre o uso e o cuidado de usuários de álcool e outras drogas;		Curso de capacitação específica - caminhos do cuidado
Características sociais, econômicas e culturais dos usuários que vivem no território em que atua;	Cotidiano de trabalho Relação com os usuários Vivência no território	
Programação das visitas e do acompanhamento das famílias;		Formação inicial com a enfermeira CTACS (1ª etapa)
Programação e planejamento das visitas domiciliares e do acompanhamento das famílias considerando as prioridades definidas na política (crianças, idosos, gestantes, acamados, etc.)		Formação inicial com a enfermeira CTACS (1ª etapa)
Arboviroses (orientações sobre a prevenção);		Curso de capacitação específica
Pesagem das crianças;		
Diagnóstico/Situação de saúde da população;	Cotidiano de trabalho Relação com os usuários	

	Vivência no território	
Calendário vacinal e preenchimento do cartão de vacinas das crianças		
Saúde do adolescente – sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis;		
Cadastramento familiar (temporário e definitivo);		
Procedimentos de registro da produtividade do trabalho e dados no e-SUS;		
Dinâmica de vida/rotina da população para o planejamento das atividades.	Cotidiano de trabalho Vivência no território	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE:	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comunicação com e abordagem do usuário em geral e no domicílio;	Cotidiano de trabalho Relação com os usuários Vivência no território	
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção aos usuários;	Cotidiano de trabalho Relação com os usuários Trabalho como músico	Cursos de capacitação específica - caminhos do cuidado Formação de músico
Comunicação com, uso da linguagem e abordagem dos usuários que vivem em situação de maior vulnerabilidade social e usuários de álcool e outras drogas;		Curso de capacitação específica - caminhos do cuidado
Procedimentos de informação e comunicação com os gestores para resolução de casos;	Cotidiano de trabalho	

Procedimentos de informação e comunicação com superiores e outros profissionais da equipe no cotidiano e em reuniões, para resolução de casos, inclusive com o dentista;	Cotidiano de trabalho	
Rede de atenção à saúde;		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE:	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Ética na relação profissional-usuário quanto ao sigilo profissional;	Cotidiano de trabalho Relação com os usuários	Curso de capacitação específica – caminhos do cuidado
Instrumentos/instituições legais que definem suas atribuições , legislação e direitos da categoria profissional e das instancias de organização política;	Cotidiano de trabalho	
Importância do trabalho em equipe e da boa convivência no trabalho;	Cotidiano de trabalho Convivência com a equipe	
Priorização de atendimento e visitas dos casos especiais (gestantes, hipertensos, diabéticos, saúde mental, crianças menores de 2 anos)		
Postura profissional na abordagem do usuário, de forma a separar o que está no âmbito da trabalho e pessoal;	Cotidiano de trabalho	

Divisão de ações entre os membros das equipes, mesmo que essas extrapolem seu escopo de práticas;	Cotidiano de trabalho Convivência com a equipe	
Possibilidade de instituir novas “normas” no trabalho;	Cotidiano de trabalho	
Atribuições, escopo de práticas e responsabilidade dos outros membros da equipe;	Cotidiano de trabalho Convivência com a equipe	
Divisão de tarefas e responsabilidades entre os membros da equipe;	Cotidiano de trabalho Convivência com a equipe	
Valorização do trabalho desenvolvido por todos os profissionais da equipe;	Cotidiano de trabalho Convivência com a equipe	
Implicações da ausência de condições de trabalho (falta de material, falta de profissionais, rede de atenção insuficiente) na qualidade dos serviços ofertados;	Cotidiano de trabalho	
Capacidade de refletir sobre o seu trabalho e propor o que considera necessário para que este seja melhor realizado;	Cotidiano de trabalho	

Necessidade de valorização e cuidado ao trabalhador ACS;	Cotidiano de trabalho	
Papel e a responsabilidade da gestão municipal na condução da política de saúde	Cotidiano de trabalho	
Importância dos cursos de qualificação para o aprimoramento do trabalho do ACS.		

CONHECIMENTOS MANIFESTADOS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

1 CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE

1.1 CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM

- 1.1.a. aferição de pressão;
- 1.1.b. armazenamento e dispensação de medicamentos;
- 1.1.c. diretrizes do programa de imunização;
- 1.1.d. necessidade de se fazer um curativo;
- 1.1.e. realização da curva de pressão;
- 1.1.f. técnica de curativo;
- 1.1.g. técnica de vacinação.

1.2 GRUPOS PRIORITÁRIOS

1.2.1 CICLOS DE VIDA

1.2.1a. Saúde da criança

- 1.2.1a.1 alimentação da criança;
- 1.2.1a.2 AIDPI (Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância);
- 1.2.1a.3 benefícios e importância do aleitamento materno para criança;
- 1.2.1a.4 crescimento e desenvolvimento da criança;
- 1.2.1a.5 cuidados gerais da criança;
- 1.2.1a.6 orientações sobre o calendário vacinal;
- 1.2.1a.7 pesagem de criança;
- 1.2.1a.8 questões neurológicas de pacientes especiais, sobretudo crianças;
- 1.2.1a.9 noções básicas de primeiros socorros.

1.2.1b. Saúde do adolescente

- 1.2.1b.1. sexualidade e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis;
- 1.2.1b.2. noções gerais sobre o comportamento dos adolescentes.

1.2.1c. Saúde do idoso

- 1.2.1c.1. cuidados gerais do idoso;
- 1.2.1c.2. noções de comportamento do idoso;
- 1.2.1c.3. prevenção de quedas de idosos.

1.2.1d Saúde materno-infantil

- 1.2.1d.1 noções básicas e orientações sobre a promoção do aleitamento materno;
- 1.2.1d.2 cuidados básicos na gravidez;
- 1.2.1d.3 cuidados gerais referentes à saúde materno-infantil.

1.2.1e. Saúde do adulto (homem e mulher)

1.2.1e.1 Prevenção do câncer de mama e da próstata.

1.2.1f. Promoção do planejamento familiar (esta itenização está igual a de cima)

1.2.2 DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS

1.2.2a. Hipertensão

1.2.2a.1. cuidados gerais e prevenção relacionados à hipertensão;

1.2.2a.2. importância do acompanhamento de hipertensos;

1.2.2a.3. orientações acerca da medicação de hipertensos;

1.2.2b. Diabetes

1.2.2b.1. cuidados gerais e prevenção relacionados ao diabetes.

1.2.2c. Hanseníase

1.2.2c.1 noções básicas sobre hanseníase.

1.2.2d. Tuberculose

1.2.2d.1 administração de DOTS;

1.2.2d.2 noções básicas sobre tuberculose.

1.2.2e. Arboviroses (Zika, dengue e Chykungunha)

1.2.2e.1. reconhecimento dos fatores ambientais e sociais associados à transmissão das doenças;

1.2.2e.2. medidas de prevenção;

1. 2.2e.3. sinais e sintomas.

1.2.2f. Dengue (As vezes só citam a dengue)

1.2.2f.1 detecção do foco de mosquitos Aedes Egypt e medidas preventivas;

1.2.2f.2. sinais e sintomas da dengue.

1.2.2g. Álcool e outras drogas

1.2.2g.1. atividades de prevenção ao tabagismo e ao alcoolismo;

1.2.2g.2. noções gerais sobre o uso e o cuidado de usuários de álcool e outras drogas.

1.2.2h. Saúde mental

1.2.2h.1. rede de atenção em saúde mental;

1.2.2h.2. questões neurológicas de pacientes especiais, sobretudo usuários com depressão;

1.2.2h.3. cuidados gerais para com o usuário com problemas de doença mental.

1.2.2i. Doenças sexualmente transmissíveis

1.2.2i.1 diretrizes do programa DST/HIV;

1.2.2i.2 medidas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

1.2.2i.3 diretrizes do PEP (Profilaxia pós-exposição ao HIV);

1.2.2j. Doenças imunopreveníveis

1.2.2j.1. Programa de imunização: protocolo e procedimentos.

1.2.2k. Notificação de casos de notificação obrigatória (diarreia, dengue etc.).

1.3. PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

- 1.3a. Curso “5s” (curso de gestão de processos).
- 1.3b. Noções básicas de informática.
- 1.3c. Organização de prontuários e agendamentos.
- 1.3d. Orientações e informações sobre a rotina da unidade.
- 1.3e. Preenchimento das fichas de acompanhamento individual e familiar.
- 1.3f. Preenchimento e organização de planilhas obrigatórias de relatórios.
- 1.3g. Processo de burocratização do trabalho do ACS.
- 1.3h. Responsabilidades e procedimentos de registro da produtividade do trabalho no e-SUS.

1.4 DIRETRIZES DA ESF

1.4a. Educação em saúde

1.4a.1 Importância das atividades educativas na atenção à saúde para grupos prioritários.

1.4a.2 Importância da realização de atividades intersetoriais.

1.4b. Trabalho em equipe

1.4b.1 Composição da equipe de saúde da família.

1.4b.2 Importância do trabalho em equipe: necessidade de recorrer/encaminhar à enfermeira, à médica ou à técnica de enfermagem (integralidade).

1.4c. Diretrizes gerais da ESF

1.4c.1. Diferença entre a lógica de territorialização do trabalho do ACE e do ACS.

1.4c.2. Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção.

1.4c.3. Mapeamento e diagnóstico da área adscrita.

1.4c.4. Humanização no cuidado como conhecimento que mais procura aplicar em seu trabalho.

1.4c.5. Cadastramento familiar (temporário e definitivo)

1.4c.6. Mobilização social

1.4c.7. Importância da atuação dos profissionais de nível superior em locais fora da unidade.

1.4d. Visita domiciliar

1.4d.1. Orientações a serem fornecidas aos usuários nas visitas domiciliares em função das prioridades, visando ao encaminhamento do atendimento (coordenação do cuidado e integralidade).

1.4d.2. Programação e planejamento das visitas domiciliares e do acompanhamento das famílias, considerando as prioridades definidas na política (crianças, idosos, gestantes, acamados etc.).

1.4e. Planejamento

1.4e.1. Necessidade de priorização de grupos de usuários especiais (hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, acamados etc).

1.4e.2. Planejamento da rotina das atividades e do processo de trabalho (estratégias de controle das visitas domiciliares visando organização da rotina e respaldo de seu trabalho, quando necessário).

1.4e. 3. Priorização de atendimento dos grupos específicos (saúde mental, diabetes, hipertensão, idosos etc.).

1.4e. 4. Priorização dos atendimentos de acordo com as possibilidades dos usuários.

1.4f. Trabalho do ACS

1.4f.1. Diretrizes do trabalho do agente de saúde e da equipe da saúde da família.

1.4f.2. Importância do uso de equipamentos de proteção individual no seu trabalho.

1.4f.3. Processo de trabalho do ACS.

1.5 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

1.5a. Características sociais, econômicas e culturais dos usuários que vivem no território onde atuam.

1.5b. Características geográficas, econômicas, sociais e culturais do território.

1.5c. Dinâmica da violência no território.

1.5d. Reconhecimento de casos de violência doméstica.

1.5e. Diagnóstico/situação de saúde da população.

1.5f. Dinâmica de vida/rotina da população para o planejamento das atividades.

1.6 REDE DE ATENÇÃO

1.6a. Orientações a serem dadas aos usuários, em casos de necessidade para procurar outros equipamentos da rede de assistência.

1.6b. Rede de atenção à saúde e de assistência social do município.

1.6c. Composição da equipe de NASF.

1.7 POLÍTICAS, POLÍTICA DE SAÚDE

1.7a. Diretrizes do SUS e da política de saúde.

1.7b. Uso de recursos públicos.

1.7c. Programas e políticas ofertados pelas diferentes esferas governamentais.

1.7d. Financiamento da ESF.

1.8 OUTROS

1.8a. Processo saúde-doença

1.8a.1. Conceito ampliado do processo saúde-doença.

- 1.8a.2. Determinantes sociais do processo saúde-doença.
- 1.8a.3. Associação entre desemprego, desigualdade social e processo saúde-doença.
- 1.8a.4. Olhar ampliado sobre a situação de saúde da população.

1.8b. Saúde do trabalhador

- 1.8b.1. Importância dos equipamentos de proteção individual e materiais necessários para o desenvolvimento do trabalho do ACS.
- 1.8b.2. Necessidade de valorização e cuidado com o trabalhador ACS.

1.8c.3. Práticas alternativas, complementares e integrativas

- 1.8b.3. Plantas medicinais.
- 1.8b.4. Uso de chás, ervas, folhas de legumes, sucos naturais, multimistura para orientação de hipertensos, diabéticos, anêmicos, crianças desnutridas.

1.8d. Vacinação de cães

2. *CONHECIMENTOS RELACIONAIS EM SITUAÇÕES QUE ENVOLVEM*

2.1. DIRETAMENTE OS USUÁRIOS

- 2.1a. Abordagem dos usuários resistentes a tomar medicação.
- 2.1b. Abordagem, uso da linguagem e comunicação (oral e escrita) em atividades de educação em saúde.
- 2.1c. Ajuda ao usuário com doação de bens de necessidade básica.
- 2.1d. Como responder às solicitações dos usuários.
- 2.1e. Comunicação com uso de linguagem e abordagem da família de acordo com seu contexto sociocultural.
- 2.1f. Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário em geral e no domicílio.
- 2.1g. Empoderamento do usuário para se comprometer com os cuidados (comparecer às consultas, realizar os exames, tomar os medicamentos, acatar as orientações etc.).
- 2.1h. Dificuldade dos usuários para separar o horário de trabalho do horário de folga.
- 2.1i. Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção ao usuário.
- 2.1j. Estratégias de aproximação e ampliação do contato com os usuários.
- 2.1k. Estratégias de comunicação com atenção e abordagem de usuários que vivem em situações que apontam maior vulnerabilidade social (casos de violência doméstica, depressão, usuários de álcool e outras drogas, usuário com questões de saúde mental etc.).
- 2.1l. Estratégias de convencimento e de diálogo para atingir seus objetivos.
- 2.1m. Estratégias para criar confiança nos usuários, na medida em que percebe suas necessidades e tenta satisfazê-las, para além do que é estabelecido pelo trabalho. Exemplo: entrega do medicamento em domicílio, poupando a ida do paciente à unidade.
- 2.1n. Formas de intervir na intermediação de situações de conflito com os usuários.
- 2.1o. Orientação a novos usuários sobre as diretrizes da ESF.
- 2.1p. Orientação financeira ao usuário na aquisição de medicamento.
- 2.1q. Sensibilidade em relação ao sofrimento e às necessidades de socorro para com as pessoas que atendem.

2.2. FAMILIARES, INSTITUIÇÕES E APOIO COMUNITÁRIO

- 2.2a. Necessidade e ausência de apoio familiar no cuidado ao usuário.
- 2.2b. Busca de apoio institucional e/ou comunitário para realização de grupos e suporte aos usuários.
- 2.2c. Busca de apoio intersetorial para a resolução de problemas no território e com a população.

2.3. OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE E DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ASSISTÊNCIA SOCIAL

- 2.3a. Divisão de tarefas e responsabilidades entre os membros da equipe.
- 2.3b. Divisão de tarefas entre os ACS, face a ausência de um desses trabalhadores.
- 2.3c. Hierarquização do trabalho em relação aos profissionais de nível superior.
- 2.3d. Importância de sua integração na equipe, bem como da deficiência dessa integração.
- 2.3e. Necessidade de valorização do trabalho desenvolvido por todos os profissionais da equipe.
- 2.3f. Procedimentos de informação e comunicação com a rede de atenção para resolução de casos de usuários.
- 2.3g. Procedimentos de informação e comunicação com superiores e outros profissionais da equipe, no cotidiano e em reuniões (equipe e colegiado), para resolução de casos e/ou problemas na equipe.
- 2.3h. Procedimentos de informação e comunicação com profissionais do NASF e da rede de atenção para resolução de casos de usuários.
- 2.3i. Formas de intervir na intermediação de situações de conflito dentro da equipe.
- 2.3j. Respeito às diferenças e importância da boa convivência entre os profissionais da equipe.

2.4. A GESTÃO E A CATEGORIA PROFISSIONAL

- 2.4a. Procedimentos de informação e comunicação com os gestores, em caso de necessidades da categoria profissional. Exemplo: formação.

3. CONHECIMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS SOBRE

3.1. RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO

- 3.1a. Adequação ou inadequação de orientar usuários e realizar procedimentos face a sintomas e demandas identificadas.
- 3.1b. Capacidade e disposição própria e de outros profissionais frente a demandas do usuário.
- 3.1c. Compromisso com a orientação e acolhimento dos usuários em momentos de crise (questões sobre aborto, tragédias familiares).
- 3.1d. Compromisso com o usuário também pela via da política local (relação de amizade com o prefeito, cujo partido está na gestão há 16 anos).
- 3.1e. Compromisso com a satisfação do usuário.
- 3.1.f. Direitos e deveres dos usuários (sem itenização??)
- 3.1g. Ética na relação profissional-usuário quanto ao sigilo profissional e confidencialidade.

- 3.1h. Importância da realização da visita domiciliar a usuários prioritários (hipertensos), e garantir que seja realizada em algum momento, face à necessidade de ocorrer mais de uma visita mensal.
- 3.1i. Importância de atender o paciente que chega à unidade, considerando as suas especificidades e as do território.
- 3.1j. Importância do respeito às diferentes culturas e religiosas da população.
- 3.1k. Limite do direito do usuário, face a seu dever.
- 3.1l. Limites dos familiares, moradores da comunidade, que não são da sua área de abrangência.
- 3.1m. Necessidade de buscar a autorização do usuário, através de assinatura, para dispensar a medicação.
- 3.1n. Persistência e solidariedade no cuidado para com casos difíceis (pessoas que fazem uso de remédio ou tenham problema de saúde mental, doença crônica, baixo grau de escolaridade, dificuldade de apreensão das informações, diabéticos).
- 3.1o. Respeito ao usuário dentro do seu contexto de saúde.
- 3.1p. Riscos para si e prudência na realização de denúncias de violência à mulher e à criança.
- 3.1q. Sentido de responsabilidade, de dever, com o trabalho e as pessoas da área que atende.
- 3.1r. Postura profissional na abordagem do usuário, de forma a separar o que está no âmbito do trabalho e no âmbito pessoal.

3.2. RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE

- 3.2a. Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades dos outros membros da equipe, de forma a aumentar a capacidade de resolutividade.
- 3.2b. Divisão de ações entre os membros das equipes, mesmo que essas extrapolem seu escopo de práticas.
- 3.2c. Estratégias para evitar conflitos dentro da equipe, frente à posição hierárquica do profissional de nível superior no grupo.
- 3.2d. Implicações da ausência de outros profissionais, e de vínculos deste com os usuários, na qualidade dos serviços e no seu trabalho.
- 3.2e. Implicações do trabalho do ACS no trabalho da equipe e vice-versa.
- 3.2f. Importância do trabalho em equipe (ajuda e cumplicidade).
- 3.2g. Importância do matriciamento para auxílio na resolução de casos.
- 3.2h. Importância da reunião de equipe para a discussão e compartilhamento de casos clínicos.
- 3.2i. Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional, quando pertinente, face a esses limites.
- 3.2j. Necessidade de compartilhar com a equipe necessidade de saúde do usuário, contribuindo para a solução do caso.
- 3.2k. Importância/compromisso com a assistência ao usuário fora do seu horário de trabalho.
- 3.2l. Priorização de casos a serem atendidos frente aos desfalques da equipe.
- 3.2m. Responsabilidades e atribuições de outros profissionais da equipe, de forma a respaldar o seu trabalho.
- 3.2n. Importância da valorização do trabalho desenvolvido por todos os profissionais da equipe.

3.3. RELAÇÃO PROFISSIONAL-REDE DE ATENÇÃO E DE ASSISTÊNCIA

3.3a. Necessidade de encaminhar e intermediar o acesso do usuário para outros equipamentos da rede de assistência. Exemplos: marcação de consulta especializada, exames, aquisição de medicamentos de alto custo, regulação etc.

3.3b. Priorização de usuários mais necessitados para entrar nas cotas de exames e/ou atendimento.

3.3c. Identificação das necessidades de os usuários participarem ou não dos programas sociais do governo (crítica a forma de distribuição do Programa Bolsa Família em seu território). Necessidade e importância de acionar outros setores para resolução de problemas no território e em relação à população.

3.3d. Insuficiência de profissionais especialistas (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo etc.) para dar conta dos problemas de saúde da população.

4. ATIVIDADE PROFISSIONAL

3.4a. Análise e crítica sobre a natureza do trabalho do ACS: trabalho dos ACS perdendo a essência.

3.4b. Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades do ACS na Estratégia Saúde da Família.

3.4c. Capacidade de refletir sobre o seu trabalho e propor o que considera necessário para que seja melhor realizado. Como: aumentar o número de ACS na área, de modo que haja uma redivisão e diminuição do número de famílias por trabalhador, para que todas as famílias passem a ser visitadas e, não, somente as prioritárias; e que os ACS sejam capacitados e autorizados a realizar HGT e aferição de pressão, de modo a atenderem melhor as pessoas e evitar que precisem ir à unidade só para isso.

3.4d. Cumprimento da carga horária de trabalho.

3.4e. Direito de solicitar troca de área, face aos limites de sua ação, devido à simbiose entre trabalho profissional e vida pessoal.

3.4f. Importância e responsabilidade de seu trabalho na ESF (no trabalho em equipe).

3.4g. Limites de sua possibilidade de atuação no território, face à simbiose entre trabalho profissional e vida pessoal.

3.4h. Limites e possibilidades de atuação em casos específicos encontrados no território (usuários de drogas e violência doméstica).

3.4i. Necessidade de rever condutas assistenciais que extrapolam o escopo do trabalho profissional.

3.4j. Importância da ESF na redução da morbidade e da mortalidade da população.

5. RELAÇÃO COM A GESTÃO

3.5a. Influência do contexto político na relação da gestão com os ACS.

3.5b. Papel e a responsabilidade da gestão municipal na condução da política de saúde.

3.5c. Práticas de assédio moral advindas da gestão municipal.

3.6. RELAÇÕES DE TRABALHO E ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DOS ACS

3.4a. Dificuldades da profissão de ACS derivadas da falta de apoio da secretaria municipal de saúde local.

3.4b. Reconhecimento da sobrecarga de trabalho do ACS.

- 3.4c. Importância da qualificação do ACS e de outros profissionais da equipe para o aprimoramento da assistência.
- 3.4d. Instrumentos/instituições legais e instâncias de organização política da categoria profissional que definem suas atribuições, legislação e direitos.
- 3.4e. Legislação e direitos da categoria profissional e das instâncias de organização política.
- 3.4f. Levantamento de temáticas necessárias para serem abordadas, em processos formativos, como qualificação de sua atuação (exemplo, microcefalia).
- 3.4g. Implicações da ausência de condições de trabalho na qualidade dos serviços oferecidos.
- 3.4h. Importância dos ACS da zona rural.

Quadro 5.1 Tendências de fontes e tipos de conhecimentos técnico-científicos

Trabalhador: Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Legendas:

- P = fonte de conhecimento na prática
- F = Fonte de conhecimento na formação
- PF = Fonte de conhecimento na prática e formação
- NR = Não se refere à fonte de conhecimento

Tipo de conhecimento manifestado	Municípios																				
	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiania	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus		Tauá
1.1 Cuidados/procedimentos de enfermagem ou de farmácia	P 2F					P		F	PF	PF	F	F;F	F		F		F,F	F			11 municípios 2P; 10F; 2PF
1.2 Grupos prioritários																					
1.2.1 Por ciclos de vida																					
Criança				PF	P	F		F;P F		PF		F	F	P		F				NR NR	10 municípios 2P; 3PF;5F
Adolescente				PF															PF	NR	3 municípios 2PF;1NR
Idoso				PF		PF PF		PF		PF		F	F								6 municípios 5PF;2F
Materno-infantil				PF	P					PF	PF	F	F	F;F			F				8 municípios 3PF;5F;1P
Adulto					NR						F					F	F				4 municípios 3F;1NR
1.2.2 Por doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis																					
Hipertensão				F		F		PF		NR		P	F						PF F		7 municípios 3F;2PF;1NR; 1P
Diabetes				F		F		PF					F						PF		5 municípios

																					3F;2PF		
Hanseníase										F							F				2 municípios 2F		
TB										F							F	F			3 municípios 3F		
Arboviroses			NR	PF PF		FFF							PF						P	F	6 municípios 3PF; 4F; 1P; 1NR		
Saúde mental e Álcool e outras drogas				PF	P				PF								F;F			F	5 municípios 3 F;2PF; 1P		
DST			F														F;F				2 municípios 3F		
Notificação compulsória de doenças de notificação obrigatória										PF											1 município 1PF		
1.3 Procedimentos administrativos	F	F			P	PF	PF	PF; P		PF	P;P	PF		F	P			P; P; PF	F	P; PF	NR F	15 municípios 5F; 8P;6PF; 1NR	
1.4 Diretrizes da ESF e atribuições do ACS																							
Educação em saúde	P									PF							F			P		4 municípios 2P; 1PF; 1F	
Trabalho em equipe			NR						P									P; NR		F		P;P	5 municípios 4P; 2NR; 1F
Acolhimento, humanização, promoção, prevenção	F		NR P		P	PF	F	PF	PF PF	PF						NR			PF	F			11 municípios 3F; 6PF; 2P; 2NR
Mobilização social	P																						1município 1P
Territorialização	F													P					F	P			4 municípios 2F;2P
Visita domiciliar	F	F	P		P	2P 2F	F	PF PF PF		PF		P									P;P		10 municípios 6P; 3F; 4PF
Cadastramento familiar														F				F		NR			3 municípios 2F; 1NR
Planejamento das atividades		P	P		P	P;P F;P		PF	PF	PF				P	P	P	F	F	P	F;F			14 municípios 9 P; 4PF;4F
Trabalho do ACS		P; NR	P;P	PF PF		PF		PF						F						P;P	PF		8 municípios 5P; 5PF; 1F
1.5 Território e população	3P	NR	4P			4P		PF; PF		P					P;P	NR ; P	3P			3P	3P		11 municípios 23P; 2NR;2PF

1.6 Rede de atenção	F			F;F	P										F	P						5 municípios 4F; 2P
1.7 Políticas públicas e política de saúde	P		P	PF											NR 2F	F			2P			6 municípios 4P; 3F; 1PF; 1NR
1.8 Outros																						
Processo saúde doença			PF P					PF		P		P			NR							5 municípios 3P; 2PF; 1NR
Saúde do trabalhador ACS					P	P									NR			F				4 municípios 2P;1NR; 1F
Práticas alternativas e complementares	F								P													2 municípios 1P; 1F
Vacinação de cães									F													1 município 1F
Tipo de conhecimento manifestado	Município																					
Relacionais que envolvem:	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiania	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá		
2.1. os usuários;	P; F; PF	P;P	P;P	NR 3P PF F	P;P	PF PF	PF; PF	PF PF PF	5P	3P	2P	2P	2P	2P	P;P ; PF	P; F	3P	PF PF PF	4P	P P F		20 municípios 40P; 6F; 9PF; 1NR
2.2. Outros profissionais da equipe ;	P	P P	F;P	PF			PF			P		P			P		PF	P	P			11 municípios 9P; 1F; 3PF
2.3. Familiares, apoio comunitário e instituições	2P		P												P							3 municípios 4P
2.4. Gestão municipal de saúde	2P		3P			P									PF	P				P		6 municípios BP; 1PF
Tipo de conhecimento manifestado	Município																					
3. Ético-político sobre:	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiania	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá		

3.1. Relação profissional-usuário	P;P ;F		F;P; P	P	P	P;P	PF; PF	P; PF	PF	4P		7P		P	3P	P	F;P ;P	P; PF; PF	4P	PF; NR ;P; P	17 municípios 35 P; 4 F; 6 PF; 1NR
3.2. O trabalho em equipe	P;P F;F			P; P	P		PF; PF	P; PF			P		P;P	P	PF; PF; P; P	P;P ;P	F	P; PF	4P	P	14 municípios 20 P; 7 PF; 2F
3.3. Relação profissional rede de atenção e assistência			P	NR			PF	P					P		P	P					7 municípios 5 P; 1PF; 1NR
3.4. Atividade profissional	P;P	P	NR; NR; P; P				4PF		P; PF; PF				P;P	3P	P; P	P	3P	P	P;P	4P	13 municípios 24P; 6 PF; 2NR
3.5. Relação com a gestão municipal	3P		P;N R				PF					P	3P		P	3P			2P	2P	9 municípios 16 P; 1 PF; 1NR

4.4.2. Tipos e fontes de conhecimentos dos Técnicos de Enfermagem (TEn)

Os Técnicos de Enfermagem (TEn) manifestaram usar conhecimentos dos tipos técnico-científicos, ético-políticos e relacionais no dia a dia de seu trabalho, sendo que as fontes desses conhecimentos são diferenciadas.

Entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados, destacam-se aqueles relacionados aos seguintes grupos temáticos:

- Procedimentos de enfermagem.
- Saúde da criança e saúde da mulher.
- Cuidados relativos a doenças crônicas (hipertensão e diabetes).
- Procedimentos e técnicas de imunização.
- Atividades de cunho administrativo.
- Diretrizes da ESF e atribuições do TEn, em especial: visitas domiciliares, acolhimento, humanização, trabalho em equipe e educação em saúde.

Entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados pelo TEn, há uma prevalência do processo formativo (ciência) enquanto fonte de conhecimento, na medida em que o curso técnico de enfermagem é indispensável e um pré-requisito para a atuação como TEn na ESF. Os conhecimentos do grupo temático “procedimentos de enfermagem” foram lembrados, sempre, como uma fonte de conhecimento advinda de curso técnico e cursos específicos. Enquanto que os conhecimentos relativos às atividades administrativas e às diretrizes da ESF têm sua principal fonte no cotidiano de trabalho e/ou aprendizado com outro profissional, em especial o ACS, a enfermeira e o médico.

Os TEn entrevistados manifestaram conhecimentos técnico-científicos relacionados às ações de prevenção e às linhas de cuidado, tais como: saúde da criança, saúde do idoso, saúde da mulher e saúde do homem. A fonte mais comum desse tipo de conhecimento é a formação, com destaque para os cursos de capacitação específica oferecidos pelas secretarias municipais de saúde.

Chama a atenção a relevante presença de conhecimentos na prevenção e controle de doenças crônicas, em especial hipertensão e diabetes, e em atividades como aferição de pressão arterial e realização da glicemia capilar. Os TEn sabem os respectivos valores de referência e fornecem orientações alimentares e medicamentosas aos usuários. Esses conhecimentos têm como fonte o curso técnico e cursos específicos.

Cabe destacar que o processo de trabalho do TEn na ESF é caracterizado por ser dividido em áreas de atuação, como, por exemplo, sala de vacina, sala de curativos, sala de procedimentos, sala de observação, e outras mais que necessitam do trabalho de enfermagem. Por conta disso, os conhecimentos variam para cada trabalhador, dependendo da sua área de atuação.

Uma boa parte dos entrevistados era responsável pela sala de vacina e demonstrou conhecimentos referentes à organização e ao preparo do ambiente (temperatura, sistema de refrigeração, armazenamento), solicitação, recebimento, armazenamento e controle de vacinas e outros conhecimentos relativos ao programa de imunização. Alguns profissionais responsáveis pela sala de curativos demonstraram conhecimento quando às técnicas de curativos, coberturas utilizadas, avaliação de feridas, entre outras. Grande parte desses saberes é oriunda do processo formativo, com preponderante influência dos cursos específicos para cada área.

Ainda entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados pelo TEn, merecem destaque aqueles referentes às atividades administrativo-burocráticas, tais como: abastecimento do sistema de informação da atenção básica, orientações e informações sobre a rotina da unidade, articulação dos encaminhamentos da unidade com a central de regulação de vagas, solicitação e controle de materiais (curativo, seringa, agulha, descarte para perfuro cortante), organização de prontuários e agendamentos. A principal fonte desse conhecimento é o cotidiano de trabalho.

No caso do conjunto de conhecimentos técnico-científicos, que engloba as diretrizes da ESF, os trabalhadores demonstraram relevância de saberes vinculados a visitas domiciliares, acolhimento, humanização, trabalho em equipe e educação em saúde. A formação associada à prática foi citada como a principal fonte de conhecimento acerca do acolhimento e da humanização; enquanto que a experiência foi identificada como a fonte principal dos conhecimentos para o trabalho em equipe, educação em saúde e visita domiciliar.

Em relação aos conhecimentos do tipo relacional, o TEn manifesta seu uso, predominantemente, em situações que envolvem os usuários e outros profissionais da equipe. A experiência é a principal fonte desse tipo conhecimento, tendo sido a formação muito pouco reconhecida como espaço para as temáticas relacionadas à forma de como se aborda/acolhe o usuário e de como se relaciona com os membros da equipe.

O conhecimento ético-político é mobilizado na relação profissional-usuário com atitudes de valorização do saber do próximo, do não julgamento de usuários de drogas e traficantes e, acima de tudo, do comprometimento com a saúde do indivíduo. Esse tipo de

conhecimento também tem relevância no que se refere à sua importância na ESF, no escopo de práticas e nas atribuições do TEn. Vale ressaltar ainda a manifestação de conhecimentos das relações de trabalho e organização política.

Quadro 5. Tipos e fontes de conhecimentos dos trabalhadores das eSF investigadas

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – ABREU E LIMA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Como fazer curativos.		
Retirada de pontos cirúrgicos.		
Aferição de sinais vitais.		
Diretrizes de controle da hipertensão.		
Realização de visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho.	
Administração de vacina.		
Realização da glicemia capilar.		
Parâmetros de normalidade da glicemia capilar.		
Abastecimento do sistema e-SUS.		Curso específico.
Matemática para consolidação dos dados mensais.		Curso técnico de contabilidade.
Medidas de controle de infecção hospitalar.		Curso específico.
Orientações sobre aleitamento materno e da alimentação do bebê.	Experiência em outro trabalho (pastoral da criança).	

Apazamento e calendário vacinal.	Cotidiano de trabalho (técnica de enfermagem anterior e com a coordenadora de PNI).	
Orientação das reações adversas da vacina.	Cotidiano de trabalho (técnica de enfermagem anterior e com a coordenadora de PNI).	
Realização de grupos operativos (hipertensão e diabetes).		
Dispensação e orientações de medicamentos.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Negociação com o usuário de compra de material.	Cotidiano de trabalho.	
Abordagem, comunicação e convencimento com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo e para explicar a falta de material na unidade.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comunicação com os profissionais da equipe, mediante situações de dúvidas nos procedimentos a serem realizados.		
Escopo de práticas e atribuições.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – APARECIDA DO TABOADO

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Preparo da sala de imunização.	Outro emprego.	Curso específico.
Administração de vacinas.	Outro emprego; cotidiano do trabalho (aprendizado com o enfermeiro).	Curso específico.
Realização do Teste do Pezinho.		
Realização de coleta de sangue.		Curso Técnico.
Realização de visita domiciliar.	Cotidiano do trabalho (aprendizado com enfermeiro, ACS e médico).	
Atendimento de urgência e emergência.	Outro emprego.	Curso específico.
Saúde do trabalhador.	Outro emprego.	Curso específico.
Realização de Curativo.	Outro emprego; cotidiano do trabalho (aprendizado com o enfermeiro).	Curso Técnico.
Realização de grupos operativos (Hipertensão).		Curso Técnico.
Aferição de sinais vitais.		Curso técnico.
Realização de sondagem vesical.	Outro emprego.	Curso Técnico.
Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.	Cotidiano do trabalho (aprendizado com o enfermeiro e o médico).	Curso Técnico.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

Trabalho em equipe.	Cotidiano do trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Escopo de práticas e atribuições.	Outro emprego; cotidiano do trabalho (aprendizado com o enfermeiro).	Curso Técnico.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – BELO HORIZONTE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Aferição de sinais vitais.		Curso técnico.
Realização de coleta de sangue.		Curso técnico.
Realização da glicemia capilar.		Curso técnico.
Dispensação e orientações de medicamentos.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com a enfermeira e o médico).	
Preparo da sala de imunização.	Cotidiano de trabalho.	Curso específico.
Saúde do trabalhador.		Curso técnico.
Cuidados no encaminhamento de pacientes na ambulância.		Curso técnico.
Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.	Cotidiano de trabalho.	
Realização de prova do laço.		Curso técnico.
Administração de vacina.		Curso técnico.
Realização de curativos.		Curso técnico.
Realização de visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho.	Curso específico.
Acolhimento.	Cotidiano de trabalho.	Curso específico.
Preparo e administração de medicação.		Curso técnico.

Realização de eletrocardiograma.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Empatia.	Cotidiano de trabalho.	
Respeito à “cultura” do usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Humanização do atendimento.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – CURUÇA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE.	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Aferição de sinais vitais.		Curso técnico.
Aferição dos dados antropométricos.		Curso técnico.
Diretrizes de controle da hipertensão.	Cotidiano do trabalho (aprendizado com a enfermeira).	
Administração de vacina.		Curso técnico.
Preparo da sala de imunização.	Cotidiano do trabalho (aprendizado com a enfermeira).	
Calendário e aprazamento vacinal.	Cotidiano do trabalho (aprendizado com a enfermeira).	
Triagem e classificação de risco.		
Realização do Teste do Pezinho.	Cotidiano do trabalho.	
Realização de coleta de sangue.		Curso técnico.
Orientação para exames de sangue.		
Necessidade da infraestrutura (uma sala só pra vacina, uma só pra triagem, uma só para reunião).		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

Humanização do atendimento.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE:	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comprometimento com a saúde dos usuários.		
Necessidade de infraestrutura para assistência em saúde (uma sala só para vacina, uma só para triagem, uma só para reuniões).		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – GARANHUS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Realização de curativos.		
Retirada de pontos cirúrgicos.		
Realização da glicemia capilar.		
Aferição de sinais vitais.		
Realização de visita domiciliar.		
Práticas de primeiros-socorros.		
Administração de vacina.		Curso técnico.
Calendário e aprazamento vacinal.		Curso técnico.
Empatia.		
Triagem e classificação de risco.		
Educação em saúde.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Trabalho em equipe (com ACS).	Cotidiano do trabalho da ESF.	
Abordagem, comunicação e convencimento com o usuário para contornar situações de	Cotidiano do trabalho.	

comportamento agressivo devido à espera pelo atendimento.		
Dificuldades de compreensão das orientações por parte dos usuários.	Cotidiano do trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Identificação e encaminhamento de casos para o conselho tutelar e do idoso.		
Comprometimento com a saúde dos usuários.		
Escopo de práticas e atribuições.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – GOIÂNIA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Organização do local de trabalho.		
Triagem e classificação de risco.		
Aferição de sinais vitais.		Curso técnico.
Realização de curativo.		Curso técnico.
Realização de coleta de sangue.		Curso técnico.
Preparo e administração de medicação.		Curso técnico.
Atendimento de urgência e emergência.	Outro emprego.	Curso específico; curso técnico.
Realização de cateterismo vesical.		
Diretrizes de controle da hipertensão.		
Cuidados a dependentes químicos.	Outro emprego.	Curso específico.
Administração de vacina.		Curso específico.
Realização de Visita domiciliar.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Trabalho em equipe.	Cotidiano de trabalho.	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – JACIARA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Realização de visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho.	
Realização de curativo.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com enfermeira).	Curso de Técnico,
Procedimentos de esterilização.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com enfermeira).	Curso de Técnico,
Realização da glicemia capilar.		Curso de Técnico,
Aferição de sinais vitais.		Curso de Técnico,
Abastecimento do sistema e-SUS.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com enfermeira).	
Administração de vacina.		Curso de Técnico,
Preparo da sala de imunização.	Protocolo.	
Orientação das reações adversas da vacina.	Protocolo.	
Calendário e aprazamento vacinal.	Protocolo.	
Realização de grupos operativos (hipertensão, diabetes, saúde da criança e saúde da mulher).	Cotidiano de trabalho.	
Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

Estratégias de estabelecimento de vínculo com a comunidade e a família.	Cotidiano do trabalho.	
Identificação e solução do problema do usuário.	Cotidiano do trabalho.	
Trabalho em equipe.	Cotidiano do trabalho.	
Realização de ações em parceria com outros setores (NASF).	Cotidiano do trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Escopos de práticas e atribuições.		
Reconhecimento de situações de vulnerabilidade do usuário.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – LAJE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Organização e planejamento do processo de trabalho.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico e Profae.
Triagem e classificação de risco.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico e curso específico.
Aferição de sinais vitais.		Curso técnico.
Cuidados com queimaduras.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com médico).	Curso específico.
Abastecimento do sistema e-SUS.	Cotidiano do trabalho.	Curso específico.
Educação em saúde.	Cotidiano de trabalho.	Curso específico.
Articulação dos encaminhamentos da unidade com a central de regulação de vagas.	Cotidiano de trabalho.	Curso específico.
Identificação das necessidades de saúde bucal do usuário.		
Realização de visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho.	Curso específico.
Trabalho em equipe.		
Saúde do trabalhador.		Curso técnico.
Procedimento de esterilização.		
Realização de procedimentos de primeiros socorros.		Curso específico.

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Abordagem, comunicação e convencimento com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo.	Cotidiano do trabalho.	
Trabalho em Equipe.		
Orientações e informações sobre a rotina da unidade (encaminhamentos, marcação de consultas, exames laboratoriais etc.).	Cotidiano do trabalho.	
Humanização no atendimento ao usuário.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Humanização no atendimento ao usuário.		
Escopo de práticas e atribuições.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – MARACANAÚ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Triagem e classificação de risco.	Outro emprego.	
Planejamento e organização do processo de trabalho.	Outro emprego.	
Aferição de sinais vitais.		Curso técnico.
Realização da glicemia capilar.		Curso técnico.
Aferição dos dados antropométricos.		Curso técnico.
Realização de coleta de sangue.	Outro emprego.	Curso técnico.
Realização de curativos.		
Preparo e administração de medicação.		Curso técnico.
Retirada de pontos cirúrgicos.		
Prevenção de câncer de mama e próstata.		Curso específico.
Administração de vacina.		Curso técnico; curso específico.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Humanização do atendimento.	Cotidiano de trabalho.	
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comprometimento com a saúde dos usuários.		

TRABALHADOR: AUXILIAR DE ENFERMAGEM – MARINGÁ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Aferição de sinais vitais.		Curso auxiliar.
Preparo e administração de medicação.		Curso auxiliar.
Administração de vacina.		Curso auxiliar; curso específico.
Preparo da sala de imunobiológicos.		Curso auxiliar; curso específico.
Realização de curativo.	Cotidiano de trabalho.	Curso auxiliar; curso específico.
Realização de grupos operativos (hipertensão, diabéticos, materno-infantil).	Cotidiano de trabalho.	
Realização de grupos para usuários do serviço de saúde mental.	Em outro emprego; cotidiano de trabalho.	
Realização de visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho.	
Acolhimento.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Necessidade de mais reuniões de equipe.	Cotidiano do trabalho.	
Abordagem, comunicação e convencimento com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo.	Cotidiano do trabalho.	

Necessidade da unidade está mais presente no território; se relacionar mais com os usuários.	Cotidiano do trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Não realização de serviços da ESF.	Cotidiano do trabalho.	
Importância de cursos de formação e de atualização profissional.	Cotidiano do trabalho.	
Luta pelas 30h da enfermagem.	Sindicato e conselho.	

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – MONTE AZUL

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Retirada de pontos cirúrgicos.		Curso técnico.
Realização do Teste do Pezinho.		Curso técnico.
Teste de toxoplasmose.		Curso técnico.
Orientação sobre aleitamento materno e alimentação da criança.		Curso técnico.
Aferição de sinais vitais.		Curso técnico.
Realização de glicemia capilar.		Curso técnico.
Preparo da sala de imunização.		Curso técnico.
Calendário e aprazamento vacinal.		Curso técnico.
Administração de vacina.		Curso técnico.
Orientação das reações adversas da vacina.		Curso técnico.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Estratégias de estabelecimento de vínculo com a comunidade e a família.		
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comprometimento com a saúde dos usuários.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – NIQUELÂNDIA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Realização de curativos.		Curso técnico; curso específico.
Avaliação de feridas.		Curso técnico; curso específico.
Aferição de sinais vitais.		Curso técnico.
Realização da glicemia capilar.		Curso técnico.
Realização de grupos operativos (hipertensão, diabetes).		
Preparo e administração de medicação.		Curso técnico.
Realização de visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho.	
Administração de vacina.		Curso técnico; curso específico.
Aprazamento e calendário vacinal.		Curso técnico; curso específico.
Orientações alimentares.	Cotidiano de trabalho.	
Educação em saúde.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Como lidar com as pessoas.	Cotidiano de trabalho.	

Abordagem, comunicação e convencimento com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo e explicar a falta de material na unidade.	Cotidiano de trabalho.	
Humanização do atendimento.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Desvalorização do trabalho em saúde.	Cotidiano de trabalho.	
Implicações das condições de trabalho na qualidade dos serviços prestados.	Cotidiano de trabalho.	
Escopo de práticas e atribuições.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – PATOS DE MINAS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Acolhimento.	Cotidiano do trabalho.	Curso Técnico.
Preparo e administração de medicação.		Curso Técnico.
Administração de vacina.	Cotidiano de trabalho.	Curso específico.
Realização de coleta de sangue.		Curso técnico; curso específico.
Procedimentos de esterilização.	Cotidiano do trabalho.	Curso técnico.
Realização do Teste do Pezinho.	Cotidiano do trabalho.	Curso específico.
Realização de curativo.	Cotidiano do trabalho.	Curso técnico.
Limpeza de materiais (curativo, ginecológicos, etc.).	Cotidiano do trabalho.	
Aprazamento e calendário vacinal.	Cotidiano do trabalho.	Curso específico.
Solicitação e controle de materiais (curativo, seringa, agulha, descarte para perfuro cortante).	Cotidiano do trabalho.	
Realização de visita domiciliar.	Cotidiano do trabalho.	
Realização de grupos operativos (hipertensão e diabetes).	Cotidiano do trabalho.	
Orientação das reações adversas da vacina.	Cotidiano do trabalho (aprendizado com o médico).	Curso específico.
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Humanização no atendimento.	Cotidiano do trabalho.	Curso técnico.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Escopo de prática e atribuições.		Curso técnico.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – PENÁPOLIS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE:	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atendimento ginecológico.		
Triagem e classificação de risco.		
Realização de eletrocardiograma.		
Abastecimento do sistema e-SUS.	Cotidiano de trabalho.	
Preparo e administração de medicação.		Curso técnico.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE.	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Abordagem, comunicação e convencimento com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

TRABALHADOR: AUXILIAR DE ENFERMAGEM – PIRIPIRI

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Realização de curativos.		Curso auxiliar e técnico.
Avaliação de feridas.		Curso auxiliar e técnico.
Preparo e administração de medicação.		Curso auxiliar e técnico.
Administração de vacina.		Curso auxiliar e técnico.
Aprazamento e calendário vacinal.	Cotidiano de trabalho.	Curso auxiliar e técnico.
Preparo da sala de imunizações.	Cotidiano de trabalho.	Curso auxiliar e técnico.
Armazenamento dos imunobiológicos.	Cotidiano de trabalho.	
Orientação das reações adversas da vacina.	Cotidiano de trabalho.	
Identificação das necessidades de saúde do usuário.		
Triagem e classificação de risco.		Curso auxiliar e técnico.
Educação em saúde.		Curso auxiliar e técnico.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Trabalho em equipe (com o ACS e enfermeira)		

Procedimentos de informação e comunicação com outros profissionais da equipe, no cotidiano e em reuniões (equipe e colegiado), para resolução de casos e problemas na equipe e/ou com usuários.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância de cursos de formação e de atualização profissional.		
Implicações das condições de trabalho na qualidade dos serviços ofertados.	Cotidiano de trabalho.	
Estratégias para contornar os problemas enfrentados em relação à falta de vacinas e mau funcionamento da geladeira para armazenamento, por exemplo, considerando as limitações dos usuários (dificuldades financeiras e de acesso à unidade de saúde).	Cotidiano de trabalho.	
Compromisso com a atenção e o cuidado da população.		
Implicações das condições de trabalho na qualidade dos serviços ofertados.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – RECIFE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Realização de curativo.		Curso específico; curso técnico.
Retirada de pontos cirúrgicos.		
Apazamento e calendário vacinal.		Curso específico.
Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.	Cotidiano de trabalho.	
Abastecimento do sistema e-SUS.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com o ACS).	
Administração de vacina.		Curso técnico.
Realização de visita domiciliar.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE:	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – RIO DE JANEIRO

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Realização de curativo.	Em outro emprego; cotidiano do trabalho.	Curso técnico; curso específico.
Administração de vacina.	Cotidiano do trabalho.	Curso técnico; curso específico.
Realização de ECG.	Cotidiano do trabalho (aprendizado com a enfermeira).	Curso específico.
Realização de teste rápido.	Cotidiano do trabalho.	Curso específico.
Orientação sobre aleitamento materno e da alimentação do bebê.	Em outro emprego.	Curso específico.
Realização do Teste do Pezinho.	Cotidiano do trabalho.	Curso específico.
Orientação e realização da glicemia capilar.	Cotidiano do trabalho.	
Preparo e administração de medicação.	Cotidiano do trabalho; emprego anterior.	Curso técnico.
Realização de coleta de sangue.	Cotidiano do trabalho.	Curso técnico.
Aferição de sinais vitais.		Curso técnico.
Atendimentos de urgência e emergência.	Em outro emprego.	Curso específico.
Realização de procedimentos de primeiros socorros.	Em outro emprego.	Curso específico.
Preparo da sala de imunização.	Cotidiano do trabalho (aprendizado com a enfermeira).	Curso específico.

Medidas de controle de infecção hospitalar (higienização das mãos, desinfecção de bancada).		
Determinantes e condicionantes de saúde (associa falta de saneamento básico e condições de vida com a mortalidade infantil).		
Empatia.	Cotidiano de trabalho.	Curso específico.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Sensibilidade com usuários de drogas, em situação de rua, nos casos de violência.	Cotidiano do trabalho.	Curso específico.
Empatia.	Cotidiano do trabalho.	Curso específico.
Abordagem, comunicação e convencimento com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo.	Cotidiano do trabalho.	
Rastreamento de mulheres “faltosas” para realizar o tratamento de sífilis.	Cotidiano do trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Não julgamento dos usuários de drogas, traficantes..	Cotidiano do trabalho.	Curso específico.
Realização de atividades somente prescritas por profissional de nível superior.		
Reconhecimento do saber do usuário.	Cotidiano do trabalho.	

Não concordância com sistema de metas de desempenho da equipe.		
Direitos, como recebimento do adicional de periculosidade (médico recebe).		
Importância de atividades em prol da saúde do trabalhador (propõe atividades de saúde, lazer e bem-estar para os trabalhadores).		
Falta de investimento do governo para aquelas pessoas, crianças, condições de vida e saneamento básico.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – SÃO MATEUS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atenção e cuidado a pessoas com necessidades especiais.		Curso específico.
Avaliação de ferimentos.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico.
Realização de curativos.		Curso técnico.
Medidas de controle de infecção hospitalar.		Curso técnico.
Realização de exame de glicemia capilar.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico.
Aferição de sinais vitais.		
Aferição dos dados antropométricos.		Curso técnico.
Educação em saúde.	Cotidiano de trabalho.	
Orientações sobre aleitamento materno e da alimentação do bebê.		Curso específico.
Administração de vacina.		Curso técnico; curso específico.
Prevenção do câncer de colo de útero.	Relação com a enfermeira.	
Priorização de atendimento dos casos especiais (saúde mental, diabetes, hipertensão, idosos etc.).		
Organização de prontuários e agendamentos.		

Orientações a serem dadas aos usuários, caso precisem procurar outros equipamentos da rede de assistência.	Cotidiano de trabalho.	
Orientações e informações sobre a rotina da unidade.	Cotidiano de trabalho.	
Abastecimento do sistema e-SUS.		Curso específico.
Dispensação e orientações de medicamentos.		
Saúde do trabalhador.		
Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.		
Empatia.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Empatia diante de usuários com transtornos mentais.		Curso específico.
Dificuldades de compreensão das orientações por parte dos usuários.		
Abordagem, comunicação e convencimento com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo.		
Estratégias de estabelecimento de vínculo com a comunidade e a família.	Vivência e educação familiar.	

Estratégias para contornar problemas de relacionamento com outros profissionais da equipe.	Vivência e educação familiar.	
Divisão de tarefas que devem ser coletivas entre os membros da unidade.		
Importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde.	Cotidiano de trabalho.	
Negociar com médico da equipe encaixes necessários na agenda, em função das demandas e situações imprevistas dos usuários.	Cotidiano de trabalho.	
Procedimentos de informação e comunicação com os gestores, em caso de necessidades da categoria profissional (Ex.: formação).		
Trabalho em equipe e do aprimoramento da relação da equipe de SB com o restante da eSF.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Empatia diante de usuários com transtornos mentais.		Curso específico.
Comprometimento com a saúde dos usuários.		
Influência do tipo de vínculo empregatício no engajamento nas lutas políticas da categoria profissional (afirma que a classe é desunida e tem medo, porque a maioria dos TEn é contratada por tempo determinado).	Cotidiano de trabalho.	

Importância da sua função na ESF.		
Implicações das condições de trabalho na qualidade dos serviços prestados.		
Papel e a responsabilidade da gestão municipal na condução da política de saúde.		
Direitos, como recebimento do adicional de insalubridade e do PMAQ.		
Importância dos cursos de formação e de atualização profissional.		

TRABALHADOR: TÉCNICO DE ENFERMAGEM – TAUÁ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Preenchimento de fichas individuais e familiares.		Formação inicial com a enfermeira.
Processo de trabalho dos ACS.	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários. Vivência no território.	Formação inicial com a enfermeira.
Noções gerais sobre o uso e o cuidado de usuários de álcool e outras drogas.		Curso de capacitação específica - caminhos do cuidado.
Características sociais, econômicas e culturais dos usuários que vivem no território em que atua.	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários. Vivência no território.	
Programação das visitas e do acompanhamento das famílias.		Formação inicial com a enfermeira. CTACS (1ª etapa).
Programação e planejamento das visitas domiciliares e do acompanhamento das famílias, considerando as prioridades definidas na política (crianças, idosos, gestantes, acamados etc.).		Formação inicial com a enfermeira. CTACS (1ª etapa).
Arboviroses (orientações sobre a prevenção).		Curso de capacitação específica.
Pesagem das crianças.		
Diagnóstico/Situação de saúde da população.	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários.	

	Vivência no território.	
Calendário vacinal e preenchimento do cartão de vacinas das crianças.		
Saúde do adolescente – sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis.		
Cadastramento familiar (temporário e definitivo).		
Procedimentos de registro da produtividade do trabalho e dados no e-SUS.		
Dinâmica de vida/rotina da população para o planejamento das atividades.	Cotidiano de trabalho. Vivência no território.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comunicação com abordagem do usuário, em geral e no domicílio.	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários. Vivência no território.	
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção aos usuários.	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários; trabalho como músico.	Cursos de capacitação específica - caminhos do cuidado. Formação de músico.
Comunicação com uso da linguagem e abordagem dos usuários que vivem em situação de maior vulnerabilidade social e usuários de álcool e outras drogas.		Curso de capacitação específica - caminhos do cuidado.

Procedimentos de informação e comunicação com os gestores para resolução de casos.	Cotidiano de trabalho.	
Procedimentos de informação e comunicação com superiores e outros profissionais da equipe, no cotidiano e em reuniões, para resolução de casos, inclusive com o dentista.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Ética na relação profissional-usuário quanto ao sigilo profissional.	Cotidiano de trabalho. Relação com os usuários.	
Instrumentos/instituições legais que definem suas atribuições, legislação e direitos da categoria profissional e das instâncias de organização política.	Cotidiano de trabalho.	
Importância do trabalho em equipe e da boa convivência no trabalho.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	
Priorização de atendimento e visitas dos casos especiais (gestantes, hipertensos, diabéticos, saúde mental, crianças menores de 2 anos).		
Postura profissional na abordagem do usuário, de forma a separar o que está no âmbito do trabalho e do pessoal.	Cotidiano de trabalho.	
Divisão de ações entre os membros das equipes, mesmo que essas extrapolem seu escopo de práticas.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	

Possibilidade de instituir novas “normas” no trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Atribuições, escopo de práticas e responsabilidade dos outros membros da equipe.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	
Divisão de tarefas e responsabilidades entre os membros da equipe.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	
Valorização do trabalho desenvolvido por todos os profissionais da equipe.	Cotidiano de trabalho. Convivência com a equipe.	
Implicações da ausência de condições de trabalho (falta de material, falta de profissionais, rede de atenção insuficiente) na qualidade dos serviços ofertados.	Cotidiano de trabalho.	
Capacidade de refletir sobre o seu trabalho e propor o que considera necessário para que este seja melhor realizado.	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade de valorização e cuidado ao trabalhador ACS.	Cotidiano de trabalho.	
Papel e responsabilidade da gestão municipal na condução da política de saúde.	Cotidiano de trabalho.	
Importância dos cursos de qualificação para o aprimoramento do trabalho do ACS.		
Importância/compromisso com a assistência ao usuário fora do seu horário de trabalho.		

CONHECIMENTOS MANIFESTADOS PELOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

1. CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE:

1.1 PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

- 1.1.a Retirada de pontos cirúrgicos.
- 1.1.b Realização de curativos.
- 1.1.c Avaliação de feridas.
- 1.1.d Aferição de sinais vitais.
- 1.1.e Aferição dos dados antropométricos.
- 1.1.f Realização de eletrocardiograma.
- 1.1.g Realização de cateterismo vesical.
- 1.1.h Preparo e administração de medicação.
- 1.1.i Realização do teste do pezinho.
- 1.1.j Realização da glicemia capilar.
- 1.1.l Realização de prova do laço.
- 1.1.m Realização de coleta de sangue.
- 1.1.n Orientação para exames de sangue.
- 1.1.o Administração de vacina.
- 1.1.p Calendário e aprazamento vacinal.
- 1.1.q Preparo da sala de imunização.

1.1 GRUPOS PRIORITÁRIOS

1.1.1. CICLOS DE VIDA

1.2.1a Saúde da criança

- 1.2.1a.1 Orientações sobre aleitamento materno e alimentação do bebê.
- 1.2.1a.2 Realização de grupo de puericultura.

1.2.1b Saúde do idoso

- 1.2.1b.1 Identificação de casos de violência ao idoso.

1.2.1c Saúde materno-infantil

- 1.2.1c.1 Orientações sobre aleitamento materno e alimentação do bebê.
- 1.2.1c.2 Realização de grupos de gestantes.

1.2.1d. Saúde do adulto (homem e mulher)

- 1.2.1d.1 Prevenção de câncer de mama.
- 1.2.1d.2 Prevenção do câncer de colo de útero.
- 1.2.1d.3 Prevenção do câncer de próstata.
- 1.2.1d.4 Atendimento ginecológico.
- 1.2.1d.5 Realização de grupos de saúde da mulher.

1.1.2 DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS

1.2.2a Hipertensão

- 1.2.2a.1 Aferição da pressão arterial.
- 1.2.2a.2 Diretrizes de controle da hipertensão.
- 1.2.2a.3 Dispensação e orientação de medicamentos.
- 1.2.2a.4 Orientações alimentares.

1.2.2b Diabetes

- 1.2.2b.1 Realização da glicemia capilar.
- 1.2.2b.2 Orientação e realização da glicemia capilar.
- 1.2.2b.3 Parâmetros de normalidade da glicemia capilar.
- 1.2.2b.4 Dispensação e orientação de medicamentos.
- 1.2.2b.5 Orientações alimentares.

1.2.2c Álcool e outras drogas

- 1.2.2c.1 Cuidados a dependentes químicos.

1.2.2d Saúde mental

- 1.2.2d.1 Empatia diante de usuários com transtornos mentais.
- 1.2.2d.2 Atenção e cuidado a pessoas com necessidades especiais.

1.2.2e. Doenças imunopreviníveis

- 1.2.2e.1 Administração de vacina.
- 1.2.2e.2 Calendário e aprazamento vacinal.
- 1.2.2e.3 Preparo da sala de imunização.
- 1.2.2e.4 Armazenamento dos imunobiológicos.
- 1.2.2e.5 Orientação sobre reações adversas da vacina.
- 1.2.2e.6 Solicitação de vacinas.
- 1.2.2e.7 Prestação de contas dos materiais da sala de vacina.

1.3. PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

- 1.3a Abastecimento do sistema e-SUS.
- 1.3b Matemática para consolidação dos dados mensais.
- 1.3c Orientações a serem dadas aos usuários em casos de necessidade de procurar outros equipamentos da rede de assistência.
- 1.3d Orientações e informações sobre a rotina da unidade.
- 1.3e Articulação com a central de regulação de vagas para os encaminhamentos da unidade.
- 1.3f Solicitação e controle de materiais (curativo, seringa, agulha, descarte para perfuro cortante).
- 1.3g Organização de prontuários e agendamentos.
- 1.3h Organização e planejamento do processo de trabalho.

1.4 DIRETRIZES DA ESF

1.4a Educação em saúde

1.4a.1 Importância das atividades educativas.

1.4b Trabalho em equipe

1.4b.1 Importância do trabalho em equipe.

1.4c Diretrizes gerais da ESF

1.4c.1 Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção.

1.4c.2 Humanização no cuidado.

1.4c.3 Empatia.

1.4c.4 Importância da atuação da ESF em locais fora da unidade.

1.4c.5 Determinantes e condicionantes de saúde.

1.4c.6 Realização de grupos operativos (hipertensão, diabetes, saúde da criança e saúde da mulher).

1.4d Visita domiciliar

1.4d.1 Programação e planejamento das visitas domiciliares junto ao ACS.

1.5 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

1.5a Determinantes e condicionantes de saúde (associa falta de saneamento básico, condições de vida, com a mortalidade infantil).

1.5b Dinâmica da violência no território.

1.5c Identificação de casos de violência ao idoso.

1.5d Identificação das necessidades de saúde do usuário.

1.6 REDE DE ATENÇÃO

1.6a Orientações a serem dadas aos usuários em casos de necessidade de procurar outros equipamentos da rede de assistência.

1.7 OUTROS

1.7a Processo saúde-doença

1.7a.1 Determinantes e condicionantes de saúde.

1.7b. Saúde do trabalhador

1.7b.1. Biossegurança.

1.7c Atendimento de urgência.

1.7c.1 Cuidados no encaminhamento de pacientes na ambulância.

- 1.7c.2 Realização de procedimentos de primeiros socorros.
- 1.7c.3 Triage e classificação de risco.
- 1.7c.4 Atendimento de urgência e emergência.

1.7d Necessidade da infraestrutura (uma sala só pra vacina, uma só pra triagem, uma só para reunião).

1.7e Processamento de produtos para saúde

- 1.7e.1 Procedimentos de esterilização.
- 1.7e.2 Medidas de controle de infecção hospitalar (higienização das mãos, desinfecção de bancada).
- 1.7e.3 Limpeza de materiais (curativo, ginecológicos etc.).

2 CONHECIMENTOS RELACIONAIS EM SITUAÇÕES QUE ENVOLVEM:

2.1 DIRETAMENTE OS USUÁRIOS

- 2.1a Abordagem, comunicação e convencimento com o usuário, para contornar situações de comportamento agressivo.
- 2.1b Reações dos usuários.
- 2.1c Identificação e resolubilidade do problema do usuário.
- 2.1d Escuta ativa ao usuário.
- 2.1e Comunicação adequada à linguagem e à abordagem da família no seu contexto sociocultural.
- 2.1f Estratégias de estabelecimento de vínculo com a comunidade e família.
- 2.1g Respeito à “cultura” do usuário.
- 2.1h Empatia.
- 2.1i Sensibilidade com usuários de drogas, em situação de rua, nos casos de violência.
- 2.1j Humanização do atendimento.
- 2.1k Negociação com o usuário para compra de material.
- 2.1l Buscar os “atrasados” no calendário vacinal.
- 2.1m Rastreamento de mulheres “faltosas” para realizar o tratamento de sífilis.
- 2.1n Orientações e informações sobre a rotina da unidade.
- 2.1o Reconhecimento do saber do usuário.

2.2 OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE E DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ASSISTÊNCIA SOCIAL

- 2.2a Divisão de tarefas e responsabilidades entre os membros da equipe.
- 2.2b Importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde.
- 2.2c Negociação de encaixes necessários na agenda, em função de demandas e situações imprevistas dos usuários.
- 2.2d Estratégias para contornar problemas de relacionamento com outros profissionais da equipe.
- 2.2e Trabalho em equipe.

2.2f Procedimentos de informação e comunicação com outros profissionais da equipe no cotidiano e em reuniões.

2.2 A GESTÃO E A CATEGORIA PROFISSIONAL

2.3a. Procedimentos de informação e comunicação com os gestores, em caso de necessidades da categoria profissional (Ex.: formação).

3 CONHECIMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS SOBRE:

3.1 RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO

3.1a Comprometimento com a saúde dos usuários.

3.1b Reconhecimento do saber do usuário.

3.1c Forma de tratar (bem) o paciente independentemente da situação.

3.1d Reconhecimento de situações de vulnerabilidade do usuário.

3.1e Identificação e encaminhamento de casos para o conselho tutelar e do idoso.

3.1e Não julgamento dos usuários de drogas, traficantes.

3.1f Humanização no atendimento ao usuário.

3.2 RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE

3.2a Comunicação com os profissionais da equipe, mediante situações de dúvidas nos procedimentos a serem realizados.

3.3 ATIVIDADE PROFISSIONAL

3.3a. Escopo de práticas e atribuições;

3.3b.Importância da sua função na ESF.

3.4 RELAÇÃO COM A GESTÃO

3.4a Papel e responsabilidade da gestão municipal na condução da política de saúde.

3.4b Sistema de metas de desempenho da equipe (não concorda).

3.4c Necessidade de infraestrutura para assistência em saúde (uma sala só para vacina, uma só para triagem, uma só para reuniões).

3.5 RELAÇÕES DE TRABALHO E ORGANIZAÇÃO POLÍTICA (3.5?)

3.5a Identificação da falta de investimento do governo.

3.5b Importância de atividades em prol da saúde do trabalhador (propõe atividades de saúde, lazer e bem-estar para os trabalhadores).

3.5c Importância de cursos de formação e de atualização profissional.

3.5d Estratégias para contornar os problemas enfrentados em relação à falta de vacinas e mau funcionamento da geladeira para armazenamento, por exemplo, considerando as limitações dos usuários (dificuldades financeiras e de acesso à unidade de saúde).

3.5e Implicações das condições de trabalho na qualidade dos serviços ofertados.

3.5f Influência do tipo de vínculo empregatício no engajamento nas lutas políticas da categoria profissional (afirma que a classe é desunida e tem medo, porque a maioria dos TEn é contratada por tempo determinado).

3.5g Desvalorização do trabalho em saúde.

3.5h Luta pelas 30 horas da enfermagem.

3.5i Direitos, como recebimento do adicional de insalubridade, periculosidade e do PMAQ.

Quadro 5.1. Tendências de fontes e tipos de conhecimentos técnico-científicos

Trabalhador: Técnico em Enfermagem

Cambé*: Não foi realizada a análise

Legendas:

- P = fonte de conhecimento na prática
- F = Fonte de conhecimento na formação
- PF = Fonte de conhecimento na prática e formação
- NR = Não se refere à fonte de conhecimento

Tipo de Conhecimento manifestado	Municípios																				
	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuçá	Garanhuns	Goiana	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	Total
1.1.Procedimentos de enfermagem	NR	PF	F		PF	F	F	PF	PF	F	F	F	F	F	F	F	PF	PF	F	PF	19 municípios 11 F; 7 PF
1.2.Grupos prioritários																					
Saúde da criança	P						P				F						PF	F		P	6 municípios 3 P; 2 F; 1 PF
Saúde do idoso						NR												NR	F		3 municípios 1 F
Saúde materno-infantil	P						P				F						PF	F		P	6 municípios 3 P; 2 F; 1 PF
Saúde do adulto (homem e mulher)		F					P			F		P	NR					P			6 municípios 3 P; 2 F
Doenças e agravos																					

Hipertensão	NR	F	P	P		NR	P			F	P	P					NR		P	11 municípios 6 P; 2 F		
Diabetes	NR		P				P			F	P	P					P	NR		P	9 municípios 6 P; 1 F	
Álcool e drogas						PF											PF				2 municípios 2PF	
Saúde mental																	PF	NR		P	3 municípios 1 P; 1 PF	
Doença imunoprevenível (vacinação)	P	PF	PF	PF	F	F	PF		F	F	F	PF		PF	F	PF			F	PF	16 municípios 1 P; 7 F; 8 PF	
1.3. Processo administrativo	F					NR	P	PF	P			P	P				P		PF	F		10 municípios 5 P; 2 F; 2 PF
1.4. Diretrizes da ESF																						
Educação em saúde		PF	P		NR			PF				P			F	P			P			8 municípios 4 P; 1 F; 2 PF
Trabalho em equipe		P	P				P	NR							NR	P						6 municípios 4 P
Diretrizes gerais da ESF		PF	PF		NR	NR		NR					PF			P	PF	NR		P		10 municípios 2 P; 4 PF
Visita domiciliar	P	P	PF		NR	NR	P	PF				P	P				NR				P	11 municípios 6P; 2 PF
1.5 Território e população						NR			NR						NR		NR	P	F	P		7 municípios 2 P; 1 F
1.6 Rede de atenção						NR			NR									P	NR			4 municípios 1 P
1.7. Outros																						
Processo saúde-doença																	NR					1 município
Saúde do trabalhador		PF	F					F											NR			4 municípios 2 F; 1 PF

Atendimento de urgência		PF	F		NR	NR	PF		PF	P											7 municípios 1 P; 1 F; 3 PF
Necessidade da infraestrutura					NR																1 município
Processamento de produtos para saúde	F							PF	NR				PF						NR		5 municípios 1 F; 2 PF
Tipo de conhecimento manifestado	Município																				
2.Relacionais que envolvem:	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiania	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	Total
2.1 Diretamente aos usuários	P		P		NR	P		P	P	P	P	P	PF	NR			PF	PF	P	P	15 municípios 10 P; 3 PF
2.2 Outros profissionais da equipe e da rede de atenção à saúde		P				P	P	P	P						NR			P		P	8 municípios 7 P
2.3 gestão e a categoria profissional																		NR			1 município
Tipo de conhecimento manifestado	Município																				
3.Ético-político sobre:	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiania	Jaciara	Laje	Maracanaú	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	Maringá	Total

3.1. Relação profissional-usuário					NR	NR		NR	NR	NR	P				NR		PF	PF	NR		10 municípios 1 P; 2 PF
3.2. Relação entre profissionais da equipe	NR																NR				2
3.3. Atividade profissional	NR	PF				NR		F	NR			NR	F						P		8 municípios 1 P; 2 F; PF
3.4. Relação com a gestão					NR												NR	NR			3 municípios
3.5. Relações de trabalho e organização política											P				P		NR	P		P	5 municípios 3 P

4.4.3 Tipos e fontes de conhecimentos dos trabalhadores da Saúde Bucal (TSB e ASB)

Os profissionais Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) analisados nesta pesquisa manifestaram os tipos de conhecimentos técnico-científicos, relacionais e ético-políticos. Cada um destes abrange os eixos temáticos que condensaram os tipos de conhecimentos manifestados por estes profissionais ao longo da realização de suas tarefas na Estratégia de Saúde da Família.

Os conhecimentos manifestados foram separados tanto para ASB como para TSB, de acordo com os eixos temáticos. Todavia as tendências das fontes foram acopladas como pertencentes à Equipe de Saúde Bucal (eSB), que neste caso englobam os sujeitos desta pesquisa (ASB e TSB). Foram analisados seis auxiliares e quatorze técnicos.

4.6.3.1 Auxiliar em Saúde Bucal:

Os Auxiliares em Saúde Bucal manifestaram conhecimentos técnicos-científicos relativos aos seguintes eixos: cuidados básicos em enfermagem (aferição da pressão arterial); grupos prioritários (por ciclo de vida e doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis); processos administrativos; diretrizes gerais da Estratégia de Saúde da Família (Educação em saúde; Trabalho em equipe; diretrizes gerais da ESF; visita domiciliar; planejamento; trabalho do ASB); população e território; rede de atenção; políticas e as políticas de saúde; e outros (processo saúde-doença e saúde do trabalhador).

Os conhecimentos relacionais envolvem situações com usuários; familiares, instituições e apoio comunitário; outros profissionais da equipe e da rede de atenção; e a gestão e a categoria profissional. Já os conhecimentos ético-políticos são; relação profissional-usuário; relação entre profissionais da equipe; relação entre profissionais da equipe; relação profissional-rede de atenção e de assistência; atividade profissional; relações de trabalho e organização política dos ASB; e relação com a gestão.

4.6.3.2 Técnico em Saúde Bucal:

Os Técnicos em Bucal manifestaram conhecimentos técnico-científicos relativos aos seguintes eixos: cuidados básicos em enfermagem (aferição da pressão arterial); grupos prioritários (por ciclo de vida e doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis); processos administrativos; diretrizes gerais da Estratégia de Saúde da Família (Educação em

Saúde; Trabalho em equipe; diretrizes gerais da ESF; visita domiciliar; planejamento; trabalho do ASB); população e território; rede de atenção; e outros (processo saúde-doença e saúde do trabalhador).

Os conhecimentos relacionais envolvem situações com: usuários; familiares, instituições e apoio comunitário; outros profissionais da equipe e da rede de atenção; e a gestão e a categoria profissional. Já os conhecimentos ético-políticos são: relação profissional-usuário; relação entre profissionais da equipe; relação entre profissionais da equipe; relação profissional-rede de atenção e de assistência; atividade profissional; e relação com a gestão.

Na lista de conhecimentos manifestados do TSB não aparecem nos eixos temáticos dos técnico-científicos, as políticas e as políticas de saúde; e, nos eixos dos conhecimentos de tipo ético-políticos, as relações de trabalho e organização política do TSB, como aparece na lista do ASB. Todavia, no eixo temático grupos prioritários em que se destacam as doenças de agravos transmissíveis e não transmissíveis: arboviroses (Dengue), álcool e outras drogas e saúde mental, só são vistos nos conhecimentos técnico-científicos manifestados pelo TSB, da mesma forma que as práticas alternativas, complementares e integrativas, do eixo temático diretrizes da ESF.

As fontes de conhecimento foram divididas em quatro: prática (P), formação (F), prática/formação (PF) e não reconhecido (NR). De acordo com os eixos temáticos de cada tipo de conhecimento pode-se observar que:

- Técnico-científicos: 79 (F), 35 (P), 92 (PF) e 2 (NR);

- Relacionais: 7 (F), 27 (P) e 18 (PF);

- Ético-políticos: 3 (F), 35 (P), 10 (PF) e 1 (NR)

A análise permite depreender que, em se tratando dos profissionais de saúde bucal, os conhecimentos manifestados mais prevalentes são os técnico-científicos (duzentos e oito), seguidos dos relacionais (cinquenta e dois) e ético-políticos (quarenta e nove) respectivamente. Em relação às tendências das fontes, tem-se em sua maioria que nos conhecimentos técnico-científicos as fontes estão inseridas tanto na prática quanto na formação (PF) e nos relacionais, bem como nos ético-políticos as fontes estão inseridas na prática (P). A seguir são dispostos os quadros de tipos e fontes de conhecimentos desses trabalhadores.

Quadro 5 – Tipos e fontes de conhecimentos dos trabalhadores das eSF investigadas

TRABALHADOR: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – ABREU E LIMA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Instrumentais, equipamentos e insumos de saúde bucal e seus usos.	Cotidiano do trabalho (observação do trabalho da auxiliar e da dentista quando era ACS).	Curso de ASB, feito na ABO, e de TSB, numa escola técnica estadual.
Diferenças entre demanda espontânea e demanda agendada.		Curso introdutório que fez para ser ACS
Situação de saúde da população.		
Orientações preventivas sobre a cárie para crianças.		Provavelmente no curso de ASB, feito na ABO, e de TSB, numa escola técnica estadual.
Técnica de escovação para crianças.		Provavelmente no curso de ASB, feito na ABO, e de TSB, numa escola técnica estadual.
Exame epidemiológico e classificação de prioridade.		Provavelmente no curso de ASB, feito na ABO, e de TSB, numa escola técnica estadual.
Normas para embalar o instrumental esterilizado e normas para esterilização do instrumental.		Provavelmente no curso de ASB, feito na ABO, e de TSB, numa escola técnica estadual.
Proteção individual para lavagem de material, esterilização e atendimento clínico (EPI).		Provavelmente no curso de ASB, feito na ABO, e de TSB, numa escola técnica.

Sistema de informação e-SUS.		Provavelmente no curso de ASB, feito na ABO, e de TSB, numa escola técnica estadual.
Manipulação de materiais utilizados na clínica de saúde bucal.		Provavelmente no curso de ASB, feito na ABO, e de TSB, numa escola técnica estadual.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comunicação com os usuários e outros profissionais.	Cotidiano de trabalho.	Cursos de formação técnica em enfermagem e saúde bucal.
Local de moradia dos usuários.	Cotidiano de trabalho (já atuou como ACS e ACE).	
Equipamentos sociais do território.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – APARECIDA DO TABOADO

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Conversa com o paciente.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com a dentista).	
Limpeza de equipamentos e materiais.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com a dentista).	
Esterilização do material.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com a dentista).	
Retirada de pontos (remoção de sutura).		Curso técnico em saúde bucal.
Restauração (“Fechar o dente”).		Curso técnico em saúde bucal.
Limpeza.		Curso técnico em saúde bucal.
Sutura (“Dar ponto”).		Curso técnico em saúde bucal.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Conversa com o paciente.	Cotidiano de trabalho (aprendizado com a dentista).	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atribuições da profissão, mesmo não realizando algumas, diante da organização do processo de trabalho da saúde bucal no município.		Curso técnico em saúde bucal

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – BELO HORIZONTE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE:	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho.	
Planejamento e organização do trabalho no PSE, assim como registro de informações referentes a escolas e crianças inseridas no programa.	Cotidiano de trabalho.	
Tartarectomia com polimento.		Curso técnico em saúde bucal.
Remoção de sutura.		Curso técnico em saúde bucal.
Restaurações.		Curso técnico em saúde bucal.
Aplicação de flúor.		Curso técnico em saúde bucal.
Profilaxia.		Curso técnico em saúde bucal.
Escovações supervisionadas.		Curso técnico em saúde bucal.
Liang Gong.		Curso técnico em saúde bucal.
Organização do instrumental.		Curso técnico em saúde bucal.
Lavagem e desinfecção do instrumental.		Curso técnico em saúde bucal.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Relacionamento com pacientes, incluindo habilidade para abordar usuários “exaltados”.	Cotidiano de trabalho.	

Preparação para lidar com o público.		Disciplina do curso de psicologia.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Escopo de prática e da Lei de Exercício Profissional.		

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – CAMBÉ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Procedimentos de triagem para atendimento odontológico.	Cotidiano de trabalho (convivência em equipe e convivência no território) e estágio prático do curso de THD.	Curso técnico de THD, palestras, congressos e curso de capacitação específica.
Diretrizes da política de saúde bucal.	Cotidiano de trabalho (convivência em equipe e convivência no território) e estágio prático do curso de THD.	Curso técnico de THD, palestras, congressos e curso de capacitação específica.
Fundamentos e procedimentos de higiene bucal.	Cotidiano de trabalho (convivência em equipe e convivência no território) e estágio prático do curso de THD.	Curso técnico de THD, palestras, congressos e curso de capacitação específica.
Procedimentos de encaminhamento para as especialidades.	Cotidiano de trabalho (convivência em equipe e convivência no território) e estágio prático do curso de THD.	Curso técnico de THD, palestras, congressos e curso de capacitação específica.
Procedimentos de classificação de risco.	Cotidiano de trabalho (convivência em equipe e convivência no território) e estágio prático do curso de THD.	Curso técnico de THD, palestras, congressos e curso de capacitação específica.
Técnicas de esterilização.	Cotidiano de trabalho (convivência em equipe e convivência no território) e estágio prático do curso de THD.	Curso técnico de THD, palestras, congressos e curso de capacitação específica.
Grupos prioritários a fim de fazer busca ativa (ex.: gestantes, bebês).	Cotidiano de trabalho (convivência em equipe e convivência no território) e estágio prático do curso de THD.	Curso técnico de THD, palestras, congressos e curso de capacitação específica.

Processo de trabalho do dentista, a fim de ser eficiente na instrumentalização.	Cotidiano de trabalho (convivência em equipe e convivência no território) e estágio prático do curso de THD.	Curso técnico de THD, palestras, congressos e curso de capacitação específica.
Noções sobre contaminação, e de cuidados preventivos à contaminação, no manuseio de instrumentos e insumos do tratamento odontológico.	Cotidiano de trabalho (convivência em equipe e convivência no território) e estágio prático do curso de THD.	Curso técnico de THD, palestras, congressos e curso de capacitação específica.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Abordagem sobre a saúde bucal de acordo com a faixa etária.	Cotidiano de trabalho (rotina, convivência em equipe e convivência com os usuários) e atuar como professora de dança.	Curso técnico de THD, palestras, congressos, curso de capacitação específica e curso de magistério.
Recursos de convencimento de usuários sobre importância e procedimentos de higiene bucal.	Cotidiano de trabalho (rotina, convivência em equipe e convivência com os usuários) e atuar como professora de dança.	Curso técnico de THD, palestras, congressos, curso de capacitação específica e curso de magistério.
Comunicação no interior da equipe, especialmente ACS, para identificar necessidade de atendimento a famílias.	Cotidiano de trabalho (rotina, convivência em equipe e convivência com os usuários) e atuar como professora de dança.	Curso técnico de THD, palestras, congressos, curso de capacitação específica e curso de magistério.
Comunicação com membros de outras equipes para empréstimo de material de educação em saúde bucal.	Cotidiano de trabalho (rotina, convivência em equipe e convivência com os usuários) e atuar como professora de dança.	Curso técnico de THD, palestras, congressos, curso de capacitação específica e curso de magistério.

Comunicação em equipe para tirar dúvidas em benefício da resolutividade.	Cotidiano de trabalho (rotina, convivência em equipe e convivência com os usuários) e atuar como professora de dança.	Curso técnico de THD, palestras, congressos, curso de capacitação específica e curso de magistério.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Possibilidade de recorrer a outras equipes para empréstimo de material de educação em saúde bucal, a fim de garantir a realização da atividade.	Cotidiano de trabalho (rotina, convivência em equipe e convivência com o dentista).	Cursos técnicos.
Possibilidade de recorrer à equipe para tirar dúvidas em benefício da resolutividade.	Cotidiano de trabalho (rotina, convivência em equipe e convivência com o dentista).	Cursos técnicos.
Pertinência de se recorrer à dentista, face a problemas dos usuários que extrapolam sua capacidade de resolução.	Cotidiano de trabalho (rotina, convivência em equipe e convivência com o dentista).	Cursos técnicos.
Atenção ao serviço, visando eficiência e eficácia no atendimento pelo próprio e pelo dentista.	Cotidiano de trabalho (rotina, convivência em equipe e convivência com o dentista).	Cursos técnicos.

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – CURUÇA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Preenchimento do cartão/ficha do usuário.	Cotidiano de trabalho (prática).	
Lavagem de materiais odontológicos.		Curso técnico em saúde bucal.
Orientações aos usuários.	Cotidiano de trabalho (na prática e com a dentista).	Curso técnico em saúde bucal.
Orientações às gestantes.	Cotidiano de trabalho (na prática e com a dentista).	Curso técnico em saúde bucal.
Restauração.		Curso técnico em saúde bucal.
Extração.		Curso técnico em saúde bucal.
Limpeza.		Curso técnico em saúde bucal.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Orientações aos usuários.	Cotidiano de trabalho (na prática e com a dentista).	
Orientações às gestantes.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

Investimento em mais cadeiras odontológicas (poderia trabalhar de segunda a sexta atendendo os pacientes).	Cotidiano de trabalho.	
Insatisfação com a infraestrutura da unidade (dever da gestão municipal).	Cotidiano de trabalho.	
Realização daquilo que é atribuído a sua função.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – GARANHUS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) – identificação dos sinais de alerta de IRA e desidratação, por exemplo – e formas variadas de manifestação das doenças.		Primeira etapa do CTACS;
Características sociais, econômicas e culturais dos usuários que vivem no território em que atua.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Características geográficas, econômicas, sociais e culturais do território.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Planejamento da rotina das atividades e do processo de trabalho (estratégias de controle das visitas domiciliares, objetivando a organização da rotina e o respaldo de seu trabalho, quando necessário).	Cotidiano de trabalho/relação com os usuários.	Cursos de curta duração e palestras com temas variados (saúde da mulher, depressão, diabetes, vacinação, drogas etc.), organizados pela prefeitura.
Programação das visitas domiciliares e do acompanhamento das famílias de acordo com as prioridades definidas na política (crianças, idosos, gestantes, acamados etc.).	Cotidiano de trabalho/relação com os usuários.	

Cuidados gerais do idoso.	Vivência no território.	Curso de capacitação específica.
Prevenção de quedas de idosos.	Vivência no território.	Curso de capacitação específica.
Arboviroses (Dengue, Zika e Chycungunha). Reconhecimento dos fatores ambientais e sociais associados à transmissão das doenças.		Curso de capacitação específica na unidade.
Responsabilidades e procedimentos de registro da produtividade do trabalho no e-SUS.	Cotidiano de trabalho (troca e apoio mútuo entre os ACS).	Curso de capacitação específica.
Diretrizes da ESF como acolhimento, territorialização, promoção da saúde, prevenção, dentre outras.		Primeira etapa do CTACS; curso introdutório.
Cuidados gerais e de prevenção relacionados à diabetes.		Cursos de capacitação específica.
Cuidados gerais e de prevenção relacionados à hipertensão.	Cotidiano de trabalho.	Primeira etapa do CTACS; curso introdutório.
Orientações a serem fornecidas aos usuários, nas visitas domiciliares, em função das prioridades.	Cotidiano de trabalho.	Primeira etapa do CTACS; curso introdutório.
Priorização dos atendimentos, de acordo com as possibilidades dos usuários.	Cotidiano de trabalho.	Primeira etapa do CTACS; curso introdutório.
Armazenamento e dispensação de medicamentos.	Cotidiano de trabalho.	
Importância do uso de EPI para o desenvolvimento do trabalho.	Cotidiano de trabalho. Participação no movimento organizado dos ACS.	

Necessidades de saúde da população e dos usuários.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Programação e planejamento das visitas domiciliares e planejamento do processo de trabalho.	Cotidiano de trabalho.	Primeira etapa do CTACS; Curso introdutório.
Priorização dos atendimentos, de acordo com as possibilidades dos usuários. Repetido.	Cotidiano de trabalho.	
Processo de burocratização do trabalho do ACS.	Cotidiano de trabalho.	
Processo de trabalho do ACS.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
Reconhecimento dos fatores ambientais e sociais associados à transmissão das arboviroses; repetido		Curso de capacitação específica na unidade.
Sinais e sintomas e medidas de prevenção das arboviroses.		Curso de capacitação específica na unidade.
Identificação de casos de violência doméstica.	Cotidiano de trabalho/vivência no território.	
Visita domiciliar.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
Diretrizes do trabalho do agente de saúde e da equipe da saúde da família.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Abordagem dos usuários nos grupos de educação em saúde.	Cotidiano de trabalho.	Curso de graduação em pedagogia.

Escuta, acolhimento e vínculo como “estratégias” de abordagem ao usuário.	Cotidiano de trabalho/relação com os usuários (atua há 24 anos na estratégia saúde da família).	Primeira etapa do CTACS.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância de atender o paciente que chega à unidade, considerando suas especificidades e as especificidades do território.	Cotidiano de trabalho/ relação com os usuários.	
Importância do respeito às diferentes culturas e religiosidade da população.	Cotidiano de trabalho/relação com os usuários (atua há 24 anos na estratégia saúde da família).	
Necessidade de priorização de grupos de usuários especiais (hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, acamados, etc.).		
Análise e crítica sobre a natureza do trabalho do ACS: trabalho dos ACS perdendo a essência.	Cotidiano de trabalho desde PACS.	

TRABALHADOR: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – GOIÂNIA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atenção aos grupos prioritários (hipertensos, adolescentes etc.).	Emprego anterior em consultório particular.	Curso em saúde bucal (CRO).
Reconhecimento de urgências.	Emprego anterior em consultório particular.	Curso em saúde bucal (CRO).
Procedimentos de profilaxia.	Emprego anterior em consultório particular.	Curso em saúde bucal (CRO).
Diretrizes para ministrar palestras.	Emprego anterior em consultório particular.	Curso em saúde bucal (CRO).
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Demanda da presença dos ACE na reunião de equipe.	Cotidiano de trabalho (convivência com a equipe), experiências pessoais e familiares.	Curso superior de Serviço Social.
Aceitação da diversidade.	Cotidiano de trabalho (convivência com a equipe), experiências pessoais e familiares.	Curso superior de Serviço Social.
Cultivo do bom relacionamento com usuários e membros da equipe.	Cotidiano de trabalho (convivência com a equipe), experiências pessoais e familiares.	Curso superior de Serviço Social.
Recorrência ao profissional de nível superior para tirar dúvidas.	Cotidiano de trabalho (convivência com a equipe), experiências pessoais e familiares.	Curso superior de Serviço Social.
Estratégias de acolhimento.	Cotidiano de trabalho (convivência com a equipe), experiências pessoais e familiares.	Curso superior de Serviço Social.
Estratégias de recepção e orientação do usuário.	Cotidiano de trabalho (convivência com a equipe), experiências pessoais e familiares.	Curso superior de Serviço Social.
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Organização do atendimento por prioridades, em nome do bom funcionamento dos serviços.	Cotidiano de trabalho.	
Importância da participação nas reuniões de equipe, a fim de melhorar o funcionamento dos serviços.	Cotidiano de trabalho.	
Reconhecimento dos limites impostos pelo protocolo.	Cotidiano de trabalho.	
Compartilhamento de questões com os colegas em benefício da resolutividade.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – JACIARA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Noções de anatomia e fisiologia bucal.	Convivência, no cotidiano do território e da equipe, prestando atenção no que é realizado para aprender a manipulação rápida e correta.	Curso de Técnico em Higiene Dental (THD).
Comunicação/educação em saúde (palestras).	Convivência, no cotidiano do território e da equipe, prestando atenção no que é realizado para aprender a manipulação rápida e correta.	
Noções de assepsia, antissepsia, esterilização, limpeza e desinfecção de móveis e ambientes odontológicos.	Convivência, no cotidiano do território e da equipe, prestando atenção no que é realizado para aprender a manipulação rápida e correta.	
Higienização bucal (escovação, limpeza e profilaxia dos dentes).	Convivência, no cotidiano do território e da equipe, prestando atenção no que é realizado para aprender a manipulação rápida e correta.	
Preenchimento das fichas de odontologia.	Convivência, no cotidiano do território e da equipe, prestando atenção no que é realizado para aprender a manipulação rápida e correta.	
Instrumentais e equipamentos de uso odontológico.	Convivência, no cotidiano do território e da equipe, prestando atenção no que é realizado para aprender a manipulação rápida e correta.	
Atribuições (funções) determinadas pelo curso.	Convivência, no cotidiano do território e da equipe, prestando atenção no que é realizado para aprender a manipulação rápida e correta.	
Orientações.	Cotidiano de trabalho (reuniões em equipe e com a dentista de outra unidade).	

Planejamento e organização do processo de trabalho.	Cotidiano de trabalho (reuniões em equipe e com a dentista de outra unidade).	
Uso de amálgama.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Busca na priorização de usuários que necessitam serem atendidos primeiro.	Contato com os usuários e orientações recebidas em reuniões diárias e da equipe.	
Trabalho em equipe.	Convivência no território e na equipe.	
Comprometimento com a equipe bucal na educação em saúde ao usuário.	Ações na unidade e território.	
Conflitos interpessoais na relação com a dentista, apresentando no local de trabalho submissão, mas, ao mesmo tempo, ignorando-a.	Convivência na equipe.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Promoção de harmonia e tranquilidade no ambiente da sala odontológica.	Convivência no território e na equipe e orientações recebidas em reuniões diárias e da equipe.	
Reconhecimento dos limites da sua atuação ao não realizar atendimento sem a presença da dentista e não fazer medicação sem prescrição da mesma e ou do médico. (caso de dor).	Cotidiano de trabalho (discussões em equipe).	
Autonomia limitada a processos educativos.	Cotidiano de trabalho (discussões em equipe).	

Enfrentamentos na realização do trabalho devido à falta da cadeira odontológica.	Cotidiano de trabalho.	
--	------------------------	--

TRABALHADOR: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – LAJE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Planejamento e organização do processo de trabalho (como organizar os instrumentais e materiais na sala de atendimento odontológico).	Cotidiano de trabalho (momento de acolher os usuários).	Curso de auxiliar privado (busca de estágio por conta própria no município, no CEO).
Identificação dos materiais que estão faltando e solicitação de compra à gerência.	Cotidiano de trabalho (momento de acolher os usuários).	Curso de auxiliar privado (busca de estágio por conta própria no município, no CEO).
Identificação dos materiais que estão com validade vencida ou que dependem de outros materiais para serem usados em conjunto ou foram adquiridos, bem como materiais ineficientes para algumas práticas odontológicas.	Cotidiano de trabalho (momento de acolher os usuários).	Curso de auxiliar privado (busca de estágio por conta própria no município, no CEO).
Identificação das necessidades e planejamento da quantidade de anestésicos que estão acabando.	Cotidiano de trabalho (momento de acolher os usuários).	Curso de auxiliar privado (busca de estágio por conta própria no município, no CEO).
Realização ou não da revelação das radiografias, que depende da validade do revelador e do fixador radiográfico.	Cotidiano de trabalho (momento de acolher os usuários).	Curso de auxiliar privado (busca de estágio por conta própria no município, no CEO).
Realização de promoção em saúde bucal (como orientar os grupos de gestante, criança, idoso, adolescente, dentre outros).	Cotidiano de trabalho (prática no PSE com os alunos e no escovódromo. Quando não leva as escovas, pede para os alunos trazerem de casa).	Curso de auxiliar privado (busca de estágio por conta própria no município, no CEO).
Orientação das crianças sobre práticas de prevenção da saúde bucal.	Cotidiano de trabalho (práticas em Feiras de Saúde com cartazes, folders, teatros sobre	Curso de auxiliar privado (busca de estágio por conta própria no município, no CEO).

	saúde bucal, aprendidas com a colega e apoiadas pela antiga gestão).	
Biossegurança.	Cotidiano de trabalho (aprendeu com a dentista, durante as palestras).	Curso de capacitação específica (“Treinamento em uso de autoclaves” para enfermeiros, ACS, dentistas e técnicos, oferecido na UBS).
Procedimentos da prática de assistência (identificação e manuseio dos instrumentais e auxílio ao dentista).	Cotidiano de trabalho (aprendizado com a dentista).	Curso de auxiliar privado (recebeu ajuda durante o estágio de uma colega de curso que já atuava na área).
Promoção da saúde (no território).	Cotidiano de trabalho (por exemplo, o preenchimento das fichas de vacinação).	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Planejamento e organização do processo de trabalho para o atendimento do usuário (falta de material).	Cotidiano de trabalho (momento de acolher o usuário).	
Relações interpessoais (como lidar com as pessoas. Como “ter jogo de cintura com as crianças”, como ter mais paciência).	Cotidiano de trabalho (aprendizado com o usuário).	Curso de Magistério.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – MARACANAÚ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Organização e fiscalização da sala de atendimento odontológico.	Experiência como atendente de dentista (inclusive em emprego anterior) e cotidiano de trabalho (aprendizagem com os dentistas).	Curso técnico de TSB e Cursos de capacitação específica (Palestras).
Verificação dos materiais necessários ao atendimento.	Experiência como atendente de dentista (inclusive em emprego anterior) e cotidiano de trabalho (aprendizagem com os dentistas).	Curso técnico de TSB e Cursos de capacitação específica (Palestras).
Elaboração de mapas de requisição de materiais.	Experiência como atendente de dentista (inclusive em emprego anterior) e cotidiano de trabalho (aprendizagem com os dentistas).	Curso técnico de TSB e Cursos de capacitação específica (Palestras).
Escovação.	Experiência como atendente de dentista (inclusive em emprego anterior) e cotidiano de trabalho (aprendizagem com os dentistas).	Curso técnico de TSB e Cursos de capacitação específica (Palestras).
Relação entre nutrição e saúde bucal.	Experiência como atendente de dentista (inclusive em emprego anterior) e cotidiano de trabalho (aprendizagem com os dentistas).	Curso técnico de TSB e Cursos de capacitação específica (Palestras).
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Identificação de oportunidades para educação em saúde bucal.	Convivência com os usuários.	Curso técnico em saúde bucal.
Adequação da abordagem por faixa etária do usuário.	Convivência com os usuários.	Curso técnico em saúde bucal.

Comunicação com o usuário em atividades de educação em saúde bucal (palestras).	Convivência com os usuários.	Curso técnico em saúde bucal.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Verificação de material a fim de evitar que os usuários fiquem sem o cuidado.	Convivência com os usuários.	
Compromisso com a satisfação do usuário.	Convivência com os usuários.	

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – MARINGÁ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Prevenção em saúde bucal.	Cotidiano de trabalho (aprimoramento desses saberes).	Curso Técnico em Saúde Bucal e curso de capacitação específica (curso básico sobre amamentação e capacitação do PMAQ).
Organização de grupos e orientação sobre higiene bucal.	Cotidiano de trabalho (aprimoramento desses saberes).	Curso Técnico em Saúde Bucal e curso de capacitação específica (curso básico sobre amamentação e capacitação do PMAQ).
Noções sobre saúde em geral.	Cotidiano de trabalho (aprimoramento desses saberes).	Curso Técnico em Saúde Bucal e curso de capacitação específica (curso básico sobre amamentação e capacitação do PMAQ).
Execução de protocolos.	Cotidiano de trabalho (aprimoramento desses saberes).	Curso Técnico em Saúde Bucal e curso de capacitação específica (curso básico sobre amamentação e capacitação do PMAQ).
Compreensão de alguns mecanismos sobre depressão e suicídio.		HumanizaSUS.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Ampliação de vínculos com as famílias.		HumanizaSUS.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

Compromisso em escutar o paciente (disponibilidade).	Cotidiano de trabalho (aprendizado com os colegas e os pacientes).	
Solidariedade com os colegas de trabalho e com os pacientes (exemplo: disponibiliza senhas para que outros colegas possam entrar em sistemas de informática e vice-versa).	Cotidiano de trabalho (aprendizado com os colegas e os pacientes).	

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – MONTE AZUL

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Identificação dos equipamentos sociais (escolas e creches) do território.	Cotidiano de trabalho.	
Orientações preventivas sobre a prevenção de cárie para crianças.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Técnica de escovação para bebês e crianças e aplicação de flúor em crianças.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Uso e armazenamento de instrumentais, equipamentos e materiais de saúde bucal.		Curso técnico em saúde bucal.
Proteção individual para lavagem de material, esterilização e atendimento clínico (EPI).		Curso técnico em saúde bucal.
Técnica de manipulação dos materiais odontológicos.		Curso técnico em saúde bucal.
Contaminação de material de restauração.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Forma de comunicação com os usuários no cotidiano de trabalho.		Curso técnico em saúde bucal.
Forma de abordagem e comunicação com os usuários nas atividades educativas.	Cotidiano de trabalho.	
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Levantamento da necessidade de agendamento de usuários para o CEO, comunicando a dentista sobre o local onde agendará pacientes.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – NIQUELÂNDIA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Participação de reuniões com a equipe para planejamento do trabalho a ser realizado.	Cotidiano de trabalho.	
Participação de palestras com outros membros da equipe para grupos de hipertensos, diabéticos.	Cotidiano de trabalho.	
Orientações sobre os atendimentos realizados na unidade.	Cotidiano de trabalho.	
Realização de procedimentos como: restaurações, forramentos e escultura.		Curso técnico em saúde bucal.
Limpeza dos instrumentais.		Curso técnico em saúde bucal.
Organização do consultório.		Curso técnico em saúde bucal.
Agendamento dos pacientes.		Curso técnico em saúde bucal.
Preparação das bandejas.		Curso técnico em saúde bucal.
Esterilização dos instrumentais, de acordo com o preconizado, e profilaxia.	Experiência de consultório particular.	Curso técnico em enfermagem.
Aferição da pressão arterial dos pacientes que chegam à unidade de saúde.		Curso técnico em enfermagem.
Acolhimento aos pacientes, com orientações sobre os procedimentos.	Cotidiano de trabalho.	
Atendimento em áreas rurais, centro de especialidades e em outros postos de saúde.	Cotidiano de trabalho.	

Entrega de medicamentos (quando está com seu tempo ocioso).	Cotidiano de trabalho.	
Ações de combate à dengue, na comunidade, quando convocada pelo gestor (orientação, catação de lixo etc.).	Cotidiano de trabalho.	
Restaurações MOD e adaptação de matriz nas proximais.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Realização dos procedimentos sempre com a supervisão da dentista.	Cotidiano de trabalho.	
Acolhimento aos pacientes, com orientações sobre os procedimentos.	Cotidiano de trabalho.	
Atendimento baseado no bem-estar do paciente.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Realização de procedimentos de acordo com protocolos locais (Conselho), que facilitam o fluxo de atendimento.	Cotidiano de trabalho.	
Solicitação de auxílio junto à coordenação, quando a dentista não pode ajudar.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – PATOS DE MINAS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Prevenção em saúde bucal (palestras e escovação).	Cotidiano de trabalho (rotina e aprendizado com a dentista).	Curso técnico em saúde bucal.
Escopo de práticas e as atribuições da profissão.	Cotidiano de trabalho (rotina e aprendizado com a dentista).	Curso técnico em saúde bucal.
Manutenção (raspagem e limpeza).	Cotidiano de trabalho (rotina e aprendizado com a dentista).	Curso técnico em saúde bucal.
Atendimento a pacientes diabéticos.	Cotidiano de trabalho (rotina e aprendizado com a dentista).	Curso técnico em saúde bucal.
Atendimento a gestantes.	Cotidiano de trabalho (rotina e aprendizado com a dentista).	Curso técnico em saúde bucal.
Atendimento a demandas espontâneas (avaliação de pacientes).	Cotidiano de trabalho (rotina e aprendizado com a dentista).	Curso técnico em saúde bucal.
Orientação aos pacientes.	Cotidiano de trabalho (rotina e aprendizado com a dentista).	Curso técnico em saúde bucal.
Atendimento a crianças de 0 a 6 anos – Programa Cárie Zero.	Cotidiano de trabalho (rotina e aprendizado com a dentista).	Curso de capacitação específica e curso técnico em saúde bucal.
Convite aos pacientes para participar do grupo antitabagismo.	Cotidiano de trabalho (rotina e aprendizado com a dentista).	Curso de capacitação específica e curso técnico em saúde bucal.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Relacionamento interpessoal com a equipe ESF (reunião de equipe).	Cotidiano de trabalho (convivência com toda ESF).	

Trabalho em equipe de saúde bucal.	Convivência e afinidade com a dentista da equipe.	
Trabalho em equipe de saúde bucal.	Cotidiano de trabalho (rotina, conhecimento do território e da população e com dentista).	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Dificuldade no cumprimento dos objetivos da ESF, devido à falta de materiais e profissionais.	Cotidiano de trabalho e organização da política de saúde bucal do município.	Curso técnico em saúde bucal.
Escopo de práticas e as atribuições da profissão.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – PENÁPOLIS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Reconstrução dentária.		Curso técnico em próteses.
Habilidades com moldes.		Curso técnico em próteses.
Restauração dentária.		Curso técnico em próteses.
Habilidade instrumental.		Curso técnico em saúde bucal.
Exames clínicos (avaliação).		Curso técnico em saúde bucal.
Profilaxia (limpeza).		Curso técnico em saúde bucal.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Limitação do escopo de prática devido à mudança na Lei de Exercício Profissional.		Curso técnico em saúde bucal.

TRABALHADOR: AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL – PIRIPIRI

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Diretrizes da Estratégia Saúde da Família e do papel da equipe de Saúde Bucal nesse contexto.	Cotidiano de trabalho.	
Razões que embasam as formas de agendamento de consulta odontológica da equipe e critérios de marcação preconizados (as características sociais e geográficas do território levaram a equipe a lançar algumas estratégias para facilitar o acesso universal ao atendimento).	Cotidiano de trabalho.	
Avaliação e classificação de risco e encaminhamentos em cada situação.	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade de adequação da oferta de serviços de saúde às demandas e características de cada localidade.	Cotidiano de trabalho.	
Tipos e quantidade de vagas ofertadas diariamente para atendimento odontológico (demanda espontânea, urgência, atendimentos agendados).	Cotidiano de trabalho.	
Promoção, prevenção e educação em saúde.		Cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal.
Aplicação de flúor.		Cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal.
Atendimento diferenciado a grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, por exemplo).		Graduação em enfermagem e curso técnico em saúde bucal.

Aferição da pressão arterial.		Graduação em enfermagem.
Procedimentos de preparação da cavidade bucal para atuação do dentista.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Escovação supervisionada e orientações sobre higiene bucal.		Cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal.
Lavagem, esterilização e armazenamento dos instrumentos/equipamentos odontológicos.	Cotidiano de trabalho.	Cursos de auxiliar e técnico em saúde bucal.
Estratégias para contornar ou amenizar a falta de material de trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Procedimentos de informação e comunicação com profissionais de nível superior e/ou da gestão municipal para resolução de problemas técnicos e de infraestrutura (exemplo: mau funcionamento de equipamentos, falta de material).	Cotidiano de trabalho.	
Abordagem e comunicação com os ACS, profissionais que agendam as consultas odontológicas na equipe.	Cotidiano de trabalho.	
Comunicação, uso da linguagem e abordagem de usuários (cuidado especial com crianças e idosos).	Cotidiano de trabalho.	Graduação em Enfermagem; curso online, pela UNASUS, de acompanhamento de pessoas idosas.
Escuta, acolhimento e vínculo como estratégias de atenção e cuidado ao usuário.	Cotidiano de trabalho.	Graduação em Enfermagem.

Formas de diálogo e negociação com a gestão municipal.	Cotidiano de trabalho.	
Obediência e submissão às exigências da dentista, com quem realiza todas as suas atividades, a fim de evitar conflitos.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Importância de garantir o acesso de todas as pessoas do território ao atendimento odontológico.	Cotidiano de trabalho.	
Importância do trabalho em equipe.	Cotidiano de trabalho.	
Implicações das condições de trabalho na qualidade dos serviços ofertados.	Cotidiano de trabalho.	
Compromisso com a população local quanto à garantia de um atendimento odontológico de qualidade.	Cotidiano de trabalho.	
Motivos para a gestão municipal não incentivar e apoiar a qualificação dos profissionais inseridos nos serviços; assim como a falta de reconhecimento dos profissionais.	Cotidiano de trabalho (rotina e relação com a gestão municipal).	
Implicações da política municipal em sua atuação enquanto Auxiliar em Saúde Bucal com uma formação muito superior à exigida (ela tem especialização em Gestão em Saúde Pública): limites impostos pela secretaria municipal de	Cotidiano de trabalho (rotina e relação com a gestão municipal).	Curso técnico em saúde bucal e especialização em Gestão em Saúde Pública.

saúde, cerceamento de ações e perseguição política.		
Atribuições, escopo de práticas, objetivos e responsabilidades do ASB na Estratégia Saúde da Família.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal e especialização em Gestão em Saúde Pública.
Sentido de responsabilidade, de dever com o trabalho e com as pessoas atendidas por sua equipe.	Cotidiano de trabalho.	
Direitos (como o recebimento de adicional de insalubridade e do adicional relativo ao PMAQ), meios (processo sindical, ação judicial) e instâncias de reivindicação (sindicatos, Promotoria pública).	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade de prudência e certificação/comprovação da realização de atividades fora da Unidade de Saúde (palestras e outras atividades de educação em saúde, ações e atendimentos nas escolas etc.): solicitação de assinatura dos usuários que participaram das atividades, dos coordenadores dos colégios e de outras pessoas envolvidas nas ações realizadas conjuntamente.	Cotidiano de trabalho (rotina e relação com a gestão municipal) e experiência em outra eSF.	
Instrumentos/instituições legais que definem suas atribuições, legislação da categoria profissional e das instâncias de organização política.	Cotidiano de trabalho.	

<p>Importância de cursos de atualização e de educação permanente em saúde para uma prática profissional adequada, que acompanhe as mudanças do quadro epidemiológico e social do território e de sua população.</p>	<p>Cotidiano de trabalho.</p>	
<p>Papel e responsabilidade da gestão municipal na condução da política de saúde.</p>	<p>Cotidiano de trabalho.</p>	<p>Curso em Gestão em Saúde Pública (inferência).</p>
<p>Direito de solicitar mudança de equipe junto à gestão municipal, para melhor adequar seus estudos ao trabalho.</p>	<p>Cotidiano de trabalho (relação com a gestão municipal).</p>	

TRABALHADOR: TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – RECIFE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Organização, preparação e higienização (lavagem e esterilização) dos instrumentos e da sala de atendimento.		Curso Técnico de TSB.
Auxílio à dentista durante o atendimento odontológico.		Curso Técnico de TSB.
Escovação e palestras em creches e escolas.		Curso Técnico de TSB.
Ergonomia (conhecimentos relativos).		Curso Técnico de TSB.
Biossegurança, outros temas de saúde bucal e atualizações na área.	Cotidiano de trabalho (na relação com a dentista, ela aprende sobre o trabalho e tira dúvidas).	Cursos de capacitação específica (oferecidos pelo CRO, em parceria com a prefeitura, sobre temas de saúde bucal).
Protocolo de trabalho do TSB/ASB na saúde da família.	Cotidiano de trabalho (Sabe de “ouvir dizer”).	Protocolo encaminhado pela coordenação distrital (descrevia o que ela deveria fazer a cada dia, mas não consegue mais fazê-lo em função do cotidiano muito “atropelado”).
Abordagem das crianças e jovens para realizar escovação e palestras em creches e escolas.	Cotidiano de trabalho (desenvolvido durante a prática e na relação com a dentista).	Curso Técnico de TSB e curso introdutório para trabalhar na Estratégia Saúde da Família.

Orientações às crianças sobre alimentação para melhorar a saúde bucal.	Cotidiano de trabalho (desenvolvido durante a prática e na relação com a dentista).	Curso Técnico de TSB e curso introdutório para trabalhar na Estratégia Saúde da Família.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Como lidar com a dentista.	Cotidiano de trabalho e militância junto ao sindicato profissional.	
Paciência para lidar com as várias metas colocadas pela gestão e que a dentista, se pudesse, abarcaria.	Cotidiano de trabalho e militância junto ao sindicato profissional.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Como lidar com a dentista.	Cotidiano de trabalho e militância junto ao sindicato profissional.	
Paciência para lidar com as várias metas colocadas pela gestão e que a dentista, se pudesse, abarcaria.	Cotidiano de trabalho e militância junto ao sindicato profissional.	

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – RIO DE JANEIRO

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Utilização de EPI para exames.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Realização da triagem no atendimento odontológico.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Realização das atividades em grupos de gestantes, crianças, diabéticos e hipertensos.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Realização de atividades em domicílio (visita domiciliar), creche, escola e abrigo.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Orientação ao usuário sobre parar de fumar e o encaminhar para o grupo de tabagismo.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Acolhimento, classificação de risco e triagem.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Orientações e palestras sobre escovação para gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Lançamento no sistema da realização dos grupos na escola.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Avaliação do uso de prótese dentária e orientação do uso da pasta profilática.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Avaliação oral do paciente, exame, raspagem, limpeza e anotações.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Lançamento das prioridades dos pacientes no sistema (ex.: abscesso).	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.
Lançamento das prioridades em folhas para que a dentista e a ASB marquem os pacientes.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em saúde bucal.

Orientação aos usuários, durante as visitas domiciliares, a procurar a enfermeira e/ou médico caso identifique outras demandas além da saúde bucal.		Curso técnico em enfermagem.
Exame epidemiológico e classificação de prioridade.		Curso Introdutório.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Forma de abordagem, comunicação, convencimento e reação com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo e/ou recusa da entrada do profissional na residência.		Curso introdutório.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Negociação com o usuário para entrada no seu imóvel.	Cotidiano de trabalho.	Curso introdutório.
Oferecimento de ajuda caso a equipe tenha problemas ou os colegas estejam ocupados demais.	Cotidiano de trabalho.	
Indicação da criação de mais uma equipe de saúde bucal devido ao tamanho da comunidade.	Cotidiano de trabalho.	

Identificação de outras necessidades de saúde do usuário e encaminhamento/orientação para que procure enfermeiro e/ou médico.	Cotidiano de trabalho.	Curso técnico em enfermagem.
---	------------------------	------------------------------

TRABALHADOR: AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – SÃO MATEUS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Noções básicas sobre aplicação de flúor.	Cotidiano de trabalho.	
Noções básicas sobre higienização da cavidade bucal.	Cotidiano de trabalho.	
Noções básicas sobre higiene pessoal.		Curso técnico de enfermagem (em curso).
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Comunicação (linguagem e forma de abordagem do usuário).	Cotidiano de trabalho (elencar como a principal fonte deste conhecimento) e estabelecimento de vínculo com os usuários.	Curso de auxiliar de saúde bucal (oferecido pela a ET-SUS, em parceria com a secretaria municipal de saúde, mas interrompido pela gestão) e curso técnico de enfermagem (em curso).
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Respeito/submissão à hierarquia como forma de manter uma boa relação com a dentista e a coordenação de saúde bucal do município.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – TAUÁ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Visitas domiciliares e cuidados com a saúde bucal de gestantes e bebês.		Curso técnico em saúde bucal.
Realização de palestras dos temas que abordam saúde bucal nas escolas e para grupos de idosos, gestantes e crianças em idade escolar.		Curso técnico em saúde bucal.
Realização de profilaxia.		Curso técnico em saúde bucal.
Doenças e as formas de prevenção.		Busca individual por conhecimento (relata que muito do que aprendeu foi através da TV Educativa).
Compreensão da importância do trabalho em equipe, registrando a importância da planificação no município.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Atendimento ao usuário, buscando reconhecimento por parte da população.	Cotidiano de trabalho (convivência com a equipe e com o usuário).	
Acompanhamento do dentista nas atividades, sempre atuando a partir das demandas orientadas pelo profissional.	Cotidiano de trabalho (convivência com a equipe e com o usuário).	
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Seguimento das orientações da coordenação quanto ao direcionamento das suas atribuições.	Cotidiano de trabalho.	

CONHECIMENTOS MANIFESTADOS PELOS TÉCNICOS EM SAÚDE BUCAL

1 CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE:

1.1 CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM

1.1a Aferição da pressão arterial dos pacientes que chegam à unidade de saúde.

1.1b Entrega de medicamentos (quando está com seu tempo ocioso).

1.9 GRUPOS PRIORITÁRIOS

1.2.1 CICLOS DE VIDA

1.2.1a. Saúde da criança

1.2.1a.1 Atendimento a crianças de 0 a 6 anos – Programa Cárie Zero.

1.2.1a.2 Planejamento e organização do trabalho no Programa de Saúde na Escola (PSE), assim como registro das informações referentes às escolas e às crianças inseridas no programa.

1.2.1a.3 Realização de atividades e abordagem das crianças (escovação, palestras etc.) em creche e escola.

1.2.1a.4 Busca ativa.

1.2.1a.5 Orientações sobre a prevenção de cárie para crianças.

1.2.1a.6 Orientações às crianças sobre alimentação para melhorar a saúde bucal.

1.2.1a.7 Realização de palestras, dos temas que abordam saúde bucal, em escolas e nos grupos específicos de crianças da unidade em idade escola.

1.2.1a.8 Realização das atividades em grupos de crianças.

1.2.1a.9 Orientações e palestras sobre escovação para crianças.

1.2.1b Saúde do adolescente

1.2.1b.1 Programa de Saúde na Escola (PSE).

1.2.1b.2 Abordagem dos jovens, para realizar escovação, e palestras nas escolas.

1.2.1c Saúde do idoso

1.2.1c.1 Realização de palestras, dos temas que abordam saúde bucal, para grupos de idosos.

1.2.1d Saúde materno-infantil

1.2.1d.1 Atendimento a gestantes.

1.2.1d.2 Busca ativa.

1.2.1d.3 Orientações gerais a gestantes.

1.2.1d.4 Visitas domiciliares e cuidados com a saúde bucal de gestantes e bebês.

1.2.1d.5 Realização de palestras, dos temas que abordam saúde bucal, para grupos de gestantes.

1.2.1d.6 Realização das atividades em grupos de gestantes.

1.2.1d.7 Orientações e palestras sobre escovação para gestantes.

1.2.1e. Saúde do adulto (homem e mulher)

1.2.1e.1 Orientação aos pacientes.

1.2.1e.2 Organização de grupos e orientação sobre higiene bucal.

1.2.1f Promoção do planejamento familiar

Não manifestado.

1.2.2 DOENÇAS E AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS

1.2.2a Hipertensão

1.2.2a.1 Participação de palestras com outros membros da equipe em grupos específicos.

1.2.2a.1 Realização das atividades em grupos de hipertensos.

1.2.2a.2 Orientações e palestras sobre escovação para hipertensos.

1.2.2b Diabetes

1.2.2b.1 Atendimento a pacientes diabéticos.

1.2.2b.2 Participação de palestras com outros membros da equipe em grupos específicos.

1.2.2b.3 Realização das atividades em grupos de diabéticos.

1.2.2b.4 Orientações e palestras sobre escovação para diabéticos.

1.2.2c Hanseníase

1.2.2d Tuberculose

1.2.2e Arboviroses (Zika, dengue e Chykungunha)

1.2.2e1 Ações de combate à dengue, na comunidade, quando convocada pelo gestor (orientação, catação de lixo etc).

1.2.2f Dengue (Às vezes, só citam a dengue)

1.2.2g Álcool e outras drogas

1.2.2g.1 Convite aos pacientes para participar do grupo antitabagismo.

1.2.2g.2 Orientação ao usuário sobre parar de fumar e fazer o encaminhamento para o grupo antitabagismo.

1.2.2h Saúde mental

1.2.2h.1 Compreensão de alguns mecanismos sobre depressão e suicídio.

1.2.2i Infecções sexualmente transmissíveis (IST)

1.2.2j Doenças imunopreveníveis

1.3 PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

1.3a Preenchimento do cartão/ficha do usuário.

1.3b Preenchimento das fichas de odontologia.

1.3c Elaboração de mapas de requisição de materiais.

1.3d Execução de protocolos.

1.3e Lançamento da realização dos grupos na escola no sistema.

1.3f Lançamento das prioridades dos pacientes no sistema (ex: abcesso).

1.3g Lançamento das prioridades em folhas para que a dentista e a ASB marquem os pacientes.

1.4 DIRETRIZES DA ESF

1.4a. Educação em saúde

1.4a.1 Prevenção em saúde bucal (palestras e escovação).

1.4a.2 Comunicação/educação em saúde (palestras).

1.4a.3 Prevenção em saúde bucal.

1.4b Trabalho em equipe

1.4b.1 Escopo de práticas e as atribuições das profissões.

1.4b.2 Processo de trabalho do dentista, a fim de ser eficiente na instrumentalização.

1.4b.3 Participação de reuniões com a equipe para planejamento do trabalho a ser realizado.

1.4b.4 Auxílio à dentista durante o atendimento odontológico.

1.4b.5 Compreensão da importância do trabalho em equipe, registrando a importância da planificação no município.

1.4c Diretrizes gerais da ESF

1.4c.1 Protocolo de trabalho do TSB/ASB na saúde da família.

1.4d Visita domiciliar

1.4d.1 Realização de visita domiciliar.

1.4d.2 Visitas domiciliares a gestantes e bebês.

1.4e Planejamento

- 1.4e.1 Atendimento às demandas espontâneas (avalição de pacientes).
- 1.4e.2 Planejamento e organização do trabalho no PSE.
- 1.4e.3 Planejamento e organização do processo de trabalho.

1.4f Trabalho do TSB

- 1.4f.1 Limpeza dos equipamentos, instrumentais e materiais.
- 1.4f.2 Esterilização do material e suas técnicas.
- 1.4f.3 Restauração dentária (“Fechar o dente”).
- 1.4f.4 atribuições (funções) determinadas pelo curso.
- 1.4f.5 Conversa com o paciente.
- 1.4f.6 Manutenção (raspagem e limpeza).
- 1.4f.7 Sutura (“Dar ponto”).
- 1.4f.8 Retirada de pontos (remoção de sutura).
- 1.4f.9 Aplicação de flúor.
- 1.4f.10 Profilaxia (limpeza).
- 1.4f.11 Escovações supervisionadas.
- 1.4f.12 Tartarectomia com polimento.
- 1.4f.13 Procedimentos de classificação de risco.
- 1.4f.14 Organização do instrumental.
- 1.4f.15 Desinfecção e lavagem do instrumental, bem como de todos os materiais odontológicos.
- 1.4f.16 Registro das informações referentes a escolas e crianças inseridas no PSE.
- 1.4f.17 Procedimentos de triagem para atendimento odontológico.
- 1.4f.18 Fundamentos e procedimentos de higiene bucal (escovação, limpeza e profilaxia dos dentes).
- 1.4f.19 Diretrizes da política de saúde bucal.
- 1.4f.20 Extração.
- 1.4f.21 Noções de anatomia e fisiologia bucal.
- 1.4f.22 Noções de assepsia, antisepsia, esterilização, limpeza e desinfecção de móveis e ambientes odontológicos.
- 1.4f.23 Orientações.
- 1.4f.24 Uso de amálgama.
- 1.4f.25 Organização e fiscalização da sala de atendimento odontológico.
- 1.4f.26 Verificação dos materiais necessários ao atendimento.
- 1.4f.27 Uso e armazenamento de instrumentais, equipamentos e materiais de saúde bucal.
- 1.4f.28 Proteção individual (EPI) para lavagem de material, esterilização, atendimento clínico e exames.
- 1.4f.29 Técnica de manipulação dos materiais odontológicos.
- 1.4f.30 Maneiras de evitar a contaminação do material de restauração.
- 1.4f.31 Acolhimento aos pacientes, orientando os mesmos quanto aos procedimentos e aos atendimentos realizados na unidade.
- 1.4f.32 Restaurações MOD e adaptação de matriz nas proximais.
- 1.4f.33 Realização de forramentos e escultura.
- 1.4f.34 Organização, preparação e higienização da sala de atendimento.
- 1.4f.35 Agendamento dos pacientes.
- 1.4f.36 Preparação das bandejas.

- 1.4f.37 Habilidades com moldes e instrumental.
- 1.4f.38 Exames clínicos (avaliação).
- 1.4f.39 Ergonomia (conhecimentos relativos).
- 1.4f.40 Avaliação do uso de prótese dentária e orientação do uso da pasta profilática.
- 1.4f.41 Avaliação oral do paciente, exame, raspagem, limpeza e anotações.
- 1.4f.42 Orientação aos usuários, durante as VDs, a procurar a enfermeira e/ou médico caso identifique outras demandas além da saúde bucal.
- 1.4f.43 Exame epidemiológico e classificação de prioridade.

1.5 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

1.5a Situação de saúde da população.

1.6 REDE DE ATENÇÃO

- 1.6a Procedimentos de encaminhamentos às especialidades.
- 1.6b Avaliação e classificação de risco e encaminhamentos em cada situação.
- 1.6c Atendimento em áreas rurais, centro de especialidades e em outros postos de saúde.
- 1.6d Realização de atividades em abrigo.

1.7 POLÍTICAS, POLÍTICA DE SAÚDE

Não manifestado.

1.8 OUTROS

1.8a. Processo saúde-doença

- 1.8a.1 Relação entre nutrição e saúde bucal.
- 1.8a.2 Noções sobre saúde em geral.
- 1.8a.3 Doenças e as formas de prevenção.

1.8b Saúde do trabalhador

- 1.8b.1 Noções sobre contaminação e de cuidados preventivos à contaminação, no manuseio de instrumentos e insumos do tratamento odontológico.
- 1.8b.2 Biossegurança, outros temas de saúde bucal e atualizações na área.

1.8c.3. Práticas alternativas, complementares e integrativas

- 1.8c.3.1 Liang Gong (prática chinesa).

2 CONHECIMENTOS RELACIONAIS EM SITUAÇÕES QUE ENVOLVEM

2.1 DIRETAMENTE OS USUÁRIOS

- 2.1a Conversa com o paciente
- 2.1b Relacionamento com pacientes, incluindo habilidade para abordar usuários “exaltados”.
- 2.1c Preparação para lidar com o público.
- 2.1d Abordagem sobre saúde bucal de acordo com a faixa etária.
- 2.1e Recursos de convencimento de usuários sobre importância e procedimentos de higiene bucal.
- 2.1f Forma de abordagem e comunicação com os usuários nas atividades educativas.
- 2.1g Orientações aos usuários.
- 2.1h Orientações às gestantes.
- 2.1i Busca de usuários que necessitam atendimento prioritário.
- 2.1j Adequação da abordagem por faixa etária do usuário.
- 2.1k Comunicação com o usuário em atividades de educação em saúde bucal (palestras).
- 2.1l Ampliação de vínculos com as famílias.
- 2.1m Forma de comunicação com os usuários no cotidiano de trabalho.
- 2.1n Acolhimento aos pacientes, com orientações sobre os procedimentos.
- 2.1o Atendimento baseado no bem-estar do paciente.
- 2.1p Atendimento ao usuário buscando reconhecimento por parte da população.
- 2.1q Forma de abordagem, comunicação, convencimento e reação com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo e/ou recusa da entrada do profissional na residência.

2.2 FAMILIARES, INSTITUIÇÕES E APOIO COMUNITÁRIO

- 2.2a Equipamentos sociais do território.
- 2.2b Identificação de oportunidades para educação em saúde bucal.

2.3 OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE E DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

- 2.3a Relacionamento interpessoal com a equipe ESF (Reunião de equipe).
- 2.3b Trabalho em equipe de saúde bucal.
- 2.3c Comunicação no interior da equipe, especialmente ACS, para identificar necessidade de atendimento a famílias.
- 2.3d Comunicação com membros de outras equipes para empréstimo de material de educação em saúde bucal.
- 2.3e Comunicação em equipe para tirar dúvidas em benefício da resolutividade.
- 2.3f Comprometimento com a equipe bucal na educação em saúde ao usuário.
- 2.3g Realização do trabalho em equipe.
- 2.3h Conflitos interpessoais na relação com a dentista, apresentando no local de trabalho submissão, mas, ao mesmo tempo, a ignorando.
- 2.3i Realização dos procedimentos sempre com a supervisão da dentista.

- 2.3j Como lidar com a dentista.
- 2.k Acompanhamento do dentista nas atividades, sempre atuando a partir das demandas orientadas pelo profissional.

2.4 A GESTÃO E A CATEGORIA PROFISSIONAL

- 2.4a Formas de diálogo e negociação com a gestão municipal.
- 2.4b Procedimentos de informação e comunicação com a gestão municipal para resolução de problemas técnicos e de infraestrutura (exemplo: mau funcionamento de equipamentos, falta de material).
- 2.4c Paciência para lidar com as várias metas colocadas pela gestão e que a dentista, se pudesse, abarcaria.

3 CONHECIMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS SOBRE

3.1 RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO

- 3.1a Verificação de material, a fim de evitar que os usuários fiquem sem o cuidado.
- 3.1b Compromisso com a satisfação do usuário.
- 3.1c Compromisso em escutar o paciente (disponibilidade).
- 3.1d solidariedade com os pacientes.
- 3.1e Negociação com o usuário para entrada no seu imóvel.
- 3.1f Identificação de outras necessidades de saúde do usuário e encaminhar/orientar a procurar o enfermeiro e/ou médico.

3.2 RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE

- 3.2a Promoção de harmonia e tranquilidade no ambiente da sala odontológica.
- 3.2b Possibilidade de recorrer à equipe, para tirar dúvidas, em benefício da resolutividade.
- 3.2c Pertinência de se recorrer à dentista, face a problemas dos usuários que extrapolam sua capacidade de resolução.
- 3.2d Atenção ao serviço, visando eficiência e eficácia no atendimento pelo dentista;
- 3.2e Reconhecimento dos limites da sua atuação, ao não realizar atendimento sem a presença da dentista e não fazer medicação sem prescrição da mesma e ou do médico (caso de dor).
- 3.2f Solidariedade com os colegas de trabalho (exemplo: disponibiliza senhas para que outros colegas possam entrar em sistemas de informática e vice-versa).
- 3.2g Como lidar com a dentista.
- 3.2h Paciência para lidar com as várias metas colocadas pela gestão e que a dentista, se pudesse, abarcaria.
- 3.2i Oferecimento de ajuda, caso a equipe tenha problemas ou os colegas estejam ocupados demais.

3.3 RELAÇÃO PROFISSIONAL-REDE DE ATENÇÃO E DE ASSISTÊNCIA

- 3.3a Possibilidade de recorrer a outras equipes para empréstimo de material de educação em saúde bucal, a fim de garantir a realização da atividade.
- 3.3b Levantamento da necessidade de agendamento de usuários para o CEO, comunicando a dentista do local que agendará pacientes.

3.3c Realização de procedimentos de acordo com protocolos locais (Conselho), que facilitam o fluxo de atendimento.

3.4 ATIVIDADE PROFISSIONAL

3.4a Atribuições da profissão, mesmo não realizando algumas, diante da organização do processo de trabalho da saúde bucal no município.

3.4b Escopo de prática e Lei de Exercício Profissional.

3.4c Atenção ao serviço, visando eficiência e eficácia no atendimento.

3.4d Realização daquilo que é atribuído à sua função.

3.4e Autonomia limitada a processos educativos.

3.4f Limitação do escopo de prática devido à mudança na Lei de Exercício Profissional.

3.5 RELAÇÃO COM A GESTÃO

3.5a Dificuldade no cumprimento dos objetivos da ESF, devido a falta de materiais e de profissionais.

3.5b Enfrentamentos na realização do trabalho, devido a falta da cadeira odontológica e de investimento em mais quantidades (poderia trabalhar de segunda à sexta, atendendo os pacientes).

3.5c Insatisfação com a infraestrutura da unidade (dever da gestão municipal).

3.5d Solicitação de auxílio junto à coordenação quando a dentista não pode auxiliar.

3.5e Seguimento das orientações da coordenação quanto ao direcionamento das suas atribuições.

3.5f Indicação da criação de mais uma equipe de saúde bucal devido ao tamanho da comunidade.

3.6 RELAÇÕES DE TRABALHO E ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DOS TSB

Não foram identificados.

Quadro 5.1. Tendências de fontes e tipos de conhecimentos técnicos-científicos

Trabalhador: Técnico em Saúde Bucal

- P = fonte de conhecimento na prática
- F = Fonte de conhecimento na formação
- PF = Fonte de conhecimento na prática e formação
- NR = Não refere à fonte de conhecimento

Tipo de conhecimento manifestado	Município																					
	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiânia	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	TOTAL	
1.1 Cuidados/procedimentos de enfermagem ou de farmácia													1F 1P									1 município 1F; 1P
1.2 Grupos prioritários																						
1.2.1 Por ciclos de vida																						-
Criança			1P	1PF								2P F		1PF			1F 2PF	3PF		1F		7 municípios 2F; 1P; 9PF
Adolescente			1P														1PF					2 municípios 1P; 1PF
Idoso																				1F		1 município 1F
Materno-infantil				1PF	1PF									1PF					2PF		2F	5 municípios 2F; 5PF
Adulto											1PF			1PF								2 municípios 2PF
1.2.2 Por doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis																						
Hipertensão													1P						2PF			2 municípios 1P; 2PF
Diabetes													1P	1PF				2PF				3 municípios 1P; 3PF
Hanseníase																						-
TB																						-

Arboviroses												1P								1 município 1P
Saúde mental												1PF								1 município 1PF
Álcool e outras drogas														1PF				1PF		2 municípios 2PF
DST																				-
Notificação compulsória de doenças de notificação obrigatória																				-
1.3 Processos administrativos					1P							1PF						3PF		3 municípios 1P; 4PF
1.4 Diretrizes da ESF e atribuições do TSB																				
Educação em saúde								1P F				1PF			1PF					3 municípios 3PF
Trabalho em equipe				1PF								1P	1PF				1F(C E)		1P	5 municípios 1F 2P 2PF
Diretrizes gerais da ESF																	1PF			1 município 1PF
Visita domiciliar			1P															1PF	1F	3 municípios 1F 1P 1PF
Planejamento das atividades			1P					1P F		1PF(CE)					1PF(CE)					4 municípios 1P 3PF
Trabalho do TSB		4F 3P	8F 1P	5PF	4F 1PF			1F 7P F		3PF		4F	5F 3P 1PF	1PF	6F		2F	2F 5PF	1F	13 municípios 38F 7P 23PF
TOTAL		4F 3P	8F 3P	6PF	4F 1PF			1F 9P F		4PF	1PF	4F	5F 4P 1PF	4PF	6F		3F 1PF	2F 6PF	2F 1P	14 municípios 39F 11P 33PF
1.5 Território e população											1P									1 município 1P
1.6 Rede de atenção				1PF														1PF		2 municípios 2PF

1.7 Políticas públicas e política de saúde																						-	
1.8 Outros																							
Processo saúde doença										1PF	1PF										1F	3 municípios 1F 2PF	
Saúde do trabalhador TSB				1PF																	1PF	2 municípios 2PF	
Práticas alternativas e complementares			1F																			-	
Tipo de conhecimento manifestado	Município																						
Relacionais que envolvem:	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiania	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	TOTAL		
2.1. Os usuários		1P	1F 1P	2PF	2P			1P		2PF	1F	1F 1P	2P					1F			1P	11 municípios 4F; 9P; 4PF	
2.2. Familiares, instituições e apoio comunitário										1PF												1 município 1PF	
2.3. Outros profissionais da equipe e da rede de atenção à saúde				3PF				3P						2P			1P				1P	5 municípios 7P 3PF	
2.4. Gestão e categoria profissional organizada																	1P					1 município 1P	
Tipo de conhecimento manifestado	Município																						
3. Ético-político sobre:	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiania	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	TOTAL		
3.1. Relação profissional-usuário										2P	2P							2PF				3 municípios 4P 2PF	
3.2. Relação entre profissionais da equipe				3PF				2P			1P			1PF				1P				5 municípios 4P 4PF	

3.3. Relação profissional e rede de atenção e assistência				1PF								1P	1P							3 municípios 2P 1PF	
3.4. Atividade profissional		1F	NR	1PF	1P			1P							1F					6 municípios 2F 2P 1PF 1RN	
3.5. Relação com a gestão municipal					2P			1P					1P	1PF				1P		1P	6 municípios 6P 1PF
3.6. Relações de trabalho e organização política dos TSB																					

Quadro 5.1. Tendências de fontes e tipos de conhecimentos técnico-científicos

Trabalhador: Auxiliar de Saúde Bucal

- P = fonte de conhecimento na prática
- F = Fonte de conhecimento na formação
- PF = Fonte de conhecimento na prática e formação
- NR = Não refere à fonte de conhecimento

Tipo de conhecimento manifestado	Município																					
	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Bele Horizonte	Cambé	Curuçá	Garanhuns	Goiânia	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Prípiiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	TOTAL	
1.1 Cuidados/procedimentos de enfermagem ou de farmácia																1F					1município 1F	
1.2 Grupos prioritários																						
1.2.1 Por ciclos de vida																						
Criança	2F					2F			2PF													3 municípios 4F; 2PF
Adolescente							1PF		1PF													2 municípios 2PF
Idoso									1PF													1 município 1PF
Materno-infantil						1F 1P			1PF													2 municípios 1F; 1P; 1PF
Adulto	1P					1F			1PF							1F						4 municípios 2F;1P; 1PF
1.2.2 Por doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis																						
Hipertensão							1PF									1F						2 municípios 1PF; 1F
Diabetes																1F						1 município 1F
Hanseníase																						
TB																						
Arboviroses																						

Relacionais que envolvem:	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiânia	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	Total	
2.1. Os usuários	1PF 1P					1F	4PF		1P 1PF							2F				1PF		6 municípios 3F 2P 7PF
2.2. Familiares, instituições e apoio comunitário	1P																					1 município 1P
2.3. Outros profissionais da equipe e da rede de atenção à saúde	1P						3PF(CE)									4P						3 municípios 5P 3PF
2.4. Gestão e categoria profissional organizada																2P						1 município 2P
Tipo de conhecimento manifestado	Município																					
3. Ético-político sobre:	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiânia	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	TOTAL	
3.1. Relação profissional-usuário						1P										3P						2 municípios 4P
3.2. Relação entre profissional da equipe							2P									1P			1P			3 municípios 4P
3.3. Relação profissional rede de atenção e assistência							1P															1 município 1P
3.4. Atividade profissional							1P									3P			1P			1 município 5P
3.5. Relação com a gestão municipal																1F 3P 1Pf						1 município 1F 3P 1PF
3.6. Relações de trabalho e organização política dos ASB																2P						

4.4.4. Tipos e fontes de conhecimentos dos ACE

Os ACE entrevistados apresentam conhecimentos dos tipos técnico-científicos, éticos políticos e relacionais no cotidiano de seu trabalho. Segundo os entrevistados, a fonte dos conhecimentos é gerada a partir de suas práticas no cotidiano do trabalho, sobretudo no território. É oportuno considerarmos que muitos desses profissionais apresentam poucos relatos de formação ou participação em processos de educação permanente vinculados às Estratégias Saúde da Família.

Assim, é necessário compreender de que modo o ACE articula, no processo formativo, um conjunto de elementos mobilizadores do trabalho, da aprendizagem e da cultura para fortalecer suas práticas de identidade profissional do sujeito. E, ainda, como se percebe e é percebido pelo sistema escola-serviço-comunidade no cenário político-institucional, no âmbito local.

Essa relação com os processos de trabalho, a fragmentação dos serviços e a divisão de tarefas é facilmente identificada nas fontes do conhecimento. É possível perceber que esse conhecimento, mesmo caracterizado como um conjunto de ações que objetiva controlar riscos e danos à população que vive sob a perspectiva do cuidado, compreendendo todas as ações desenvolvidas, na maioria das vezes isoladas e segmentadas na formulação e na organização das ações dos serviços de saúde, compromete os resultados de suas intervenções.

Alguns dos agentes de combate a endemias (ACE) entrevistados relatam que, no início do exercício da função, fizeram cursos ou oficinas correspondentes a 40 horas, ou participaram de palestras temáticas, o que, para alguns, configura capacitação. Muitos ainda relatam participação no Programa Proformar⁸ como única capacitação, apesar de anos de atuação.

Em 2002, o Proformar inicia o processo formativo em todo o território nacional, tendo como objetivo qualificar um contingente de **85 mil** trabalhadores da vigilância em saúde que atuavam nas áreas de endemias, vigilâncias ambiental, sanitária, epidemiológica, zoonoses etc., de estados e municípios comprometidos com a mudança de práticas locais e ações sobre o território. O curso foi desenvolvido no período de 2002 a 2006, em 24 estados (e seus municípios) e no Distrito Federal, na perspectiva de fortalecer a implementação das ações da

⁸O Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) foi iniciado em 1999, por meio de demanda do MS à EPSJV/Fiocruz. O objetivo era desenvolver uma proposta pedagógica de qualificação profissional para 24 mil guardas de endemias alocados no nível federal, de modo a cumprir, por um lado, com o preceito da descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças para estados e municípios por meio da Portaria MS/1399/1999 e, por outro, ampliar o olhar desses trabalhadores sobre as condições de vida e a situação de saúde das populações de territórios específicos.

vigilância em saúde. Para tanto, foi estruturada uma rede política, pedagógica e operacional que reconhecesse a especificidade da força de trabalho da vigilância em saúde de estados e municípios, para propor um processo de formação territorializada, e tendo por base a realidade local e sua articulação com as demandas mais globais (EPSJV, 2014).

Os conhecimentos e suas fontes vão desde a comunicação com o usuário e as práticas de ações educativas em saúde até o conhecimento sobre doenças e suas especificidades. Isso assegura uma boa interação com os moradores, que demandam vários saberes. Saberes esses que são aprendidos em palestras e formações ou por vivências no território.

O território é também um espaço, mas com singularidades: sempre tem limites, que podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Internamente, é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção e, o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências, como de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidades da população que o habita e o produz socialmente (Gondim et al. 2011).

Outra característica observada é o vínculo desses profissionais e a relação deles com os processos formativos, capacitações e educação permanente. Quase sempre o vínculo é temporário e eles podem ter o contrato suspenso a qualquer momento, o que não firma uma continuidade ou confere garantia de qualificação para o serviço.

Essa realidade percebida nas condições dos trabalhadores reflete a precarização dos vínculos e dos serviços, que são flexibilizados, terceirizados e controlados pela lógica da acumulação do capital, lógica essa que orienta toda a cadeia produtiva, inclusive os serviços dos setores de saúde e educação.

Neste sentido, o processo de reorganização das ações passa pela formação e pelas fontes de conhecimento, ações compreendidas a partir de um modelo de atenção integral, propondo uma readequação de suas estruturas de atuação.

O resultado sobre os tipos de conhecimentos e suas fontes revela, cada vez mais, a intensificação das formas de extração do trabalho. Significa que o ACE vive o trabalho na sua forma precarizada, flexibilizada e terceirizada, segundo a qual noções de tempo, espaço e produção são afetadas, uma vez que se produz mais com menos trabalhadores mediante a incorporação tecnológica e a indefinição do fazer. E isso afeta substancialmente a organização do processo de trabalho dos profissionais.

Quadro 5 – Tipos e fontes de conhecimentos dos trabalhadores das eSF investigadas

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - ABREU E LIMA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- O processo de trabalho dos ACE e as ações de vigilância, sob uma perspectiva ampliada.	- Cotidiano de trabalho, relação com outros profissionais.	- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal. - Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas).
- Modos de repasse de informações para os outros ACE da equipe.	- Cotidiano de trabalho.	- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas).
- Estratégias, ferramentas e instrumentos de supervisão indireta e direta do trabalho realizado pelos ACE da equipe, principalmente das atividades de visitas domiciliares.	- Cotidiano de trabalho.	- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas).
- Importância de atividades coletivas de promoção e prevenção da saúde, no território, que não estão sendo realizadas.		
- Forma de preenchimento do relatório de ponto dos ACE e entrega à gestão, assim como justificativa de faltas e de possíveis problemas em relação a esse documento.	- Cotidiano de trabalho.	- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas).

<p>- Planejamento de atividades, como mutirões, que dependem de elementos principalmente da gestão municipal, como disponibilização de carro para a equipe.</p>	<p>- Cotidiano de trabalho, relação com outros profissionais</p>	<p>- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas).</p>
<p>- Censo da população canina e felina do território.</p>		<p>- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.</p> <p>- Reuniões de repasse de informações e instruções, organizadas pela gestão.</p>
<p>- Supervisão e orientação dos ACE quanto às atividades relacionadas principalmente ao controle da dengue, mas também outras demandas, para as quais ele foi orientado pela gestão e outros profissionais, como controle de animais peçonhentos.</p>		<p>- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas).</p> <p>- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.</p>
<p>- Divisão de tarefas entre os ACE, no que tange ao território de atuação: indica a área pela qual cada ACE será responsável. Usa critérios, como o número de imóveis em cada quarteirão, buscando tornar menos desigual o trabalho entre os ACE.</p>	<p>- Cotidiano de trabalho, relação com outros profissionais.</p>	<p>- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas).</p> <p>- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.</p>
<p>- Definição dos itinerários/rotas de trabalho dos ACE.</p>		<p>- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas).</p> <p>- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.</p>

- Notificação de ocorrência de doenças.		- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.
- Análise dos boletins de produção diários dos ACE.		- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas).
- Organização do trabalho para realização do LIRA.		- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas). - Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.
- Elaboração dos resumos de produção semanal dos ACE e entrega à gestão.		- Curso para supervisão de equipe, organizado pela Funasa (carga horária 120 horas). - Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.
- Estratégias para enfrentamento de dificuldades, junto à população, para realização das visitas domiciliares.	- Cotidiano de trabalho.	- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.
- Reparação de falhas dos ACE junto à população (caixa d'água não vistoriada, recipientes que acumulam água ainda em áreas descobertas – questões observadas durante a supervisão indireta).		- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.

- Orientação aos ACE sobre informações a serem compartilhadas com a população e sobre o modo como averiguar os imóveis em busca de possíveis focos e criadouros.		- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.
- Elementos da cadeia epidemiológica das arboviroses, sintomas e ações de prevenção e controle dessas doenças.		- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.
- Hábitos de animais peçonhentos e estratégias para prevenção e controle desses animais em ambientes domésticos, assim como encaminhamentos a serem realizados em caso de acidentes envolvendo esses animais.		- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.
- Elementos da cadeia epidemiológica da esquistossomose, sintomas e ações de prevenção e controle da doença.		- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Compreensão dos problemas enfrentados pelos ACE da equipe, buscando atenuar e negociar ajustes na carga horária, para atender demandas dos ACE em razão de questões da vida pessoal (necessidade de se ausentar do trabalho, por exemplo).	- Cotidiano de trabalho.	

- Negociações e acordos sobre ausências e compensações do trabalho e das metas diárias com os ACE da equipe.	- Cotidiano de trabalho.	
- Importância de reuniões individuais com os ACE sobre assuntos delicados referentes ao trabalho, a fim de não expor cada situação ao grupo todo.		
- Apoio aos ACE no enfrentamento de dificuldades junto à população para realização das visitas domiciliares.	- Cotidiano de trabalho.	- Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal.
- Divisão de tarefas entre os ACE, no que tange ao território de atuação: indica a área pela qual cada ACE será responsável. Tenta levar em consideração o número de imóveis em cada quarteirão, buscando tornar menos desigual o trabalho entre os ACE.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Compromisso com a saúde da população local, refletido, por exemplo, na importância dada a realização de “mutirões” de visitas domiciliares aos sábados, para tentar visitar imóveis que estavam fechados ao longo da semana.		

<p>- Suporte ao trabalho dos ACE no sentido de pensar sua segurança (caso de trabalho em áreas de risco – só permite a ida quando não há problemas graves).</p>		
<p>- Estratégias para reivindicação de direitos, tais como melhor formação, remuneração e vínculo trabalhista.</p>	<p>- Vivências no sindicato municipal dos servidores públicos.</p>	<p>- Informações adquiridas durante reuniões da associação local de ACE e do sindicato municipal dos servidores públicos.</p>
<p>- Responsabilidades da gestão municipal em relação aos trabalhadores vinculados ao município.</p>	<p>- Vivências no sindicato municipal dos servidores públicos.</p>	<p>- Informações adquiridas durante reuniões da associação local de ACE e do sindicato municipal dos servidores públicos.</p>

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – APARECIDA DO TABOADO

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Trabalho de campo, para controle com inseticida do mosquito da dengue.		Curso para vetor.
Identificação dos focos do mosquito.		Curso para vetor.
Orientação dos moradores para prevenção e combate ao mosquito e seus criadouros.		Curso para vetor.
Realização da visita no interior de uma casa;		Curso para vetor.
Utilização do inseticida.		Curso de capacitação específica.
Aedes e sobre a dengue.	Cotidiano de trabalho.	Curso de capacitação específica.
Manutenção de máquinas.		Curso de capacitação específica.
Leishmaniose e barbeiro.		Curso de capacitação específica.
Importância e prioridade da prevenção.	Cotidiano de trabalho.	
Equipamento de proteção individual (EPI).	Cotidiano de trabalho.	
LIRA.	Cotidiano de trabalho.	
Divisão da área por quarteirão.	Cotidiano de trabalho.	
Produção de trabalho (quantidade de casas visitadas).	Cotidiano de trabalho.	
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Formas de contato com o morador, identificando a importância do convívio.	Cotidiano de trabalho.	
Modo de se comunicar com o usuário, conquista de uma relação de confiança que leva ao conhecimento dos problemas domésticos do morador.	Cotidiano de trabalho.	
Forma de abordagem, comunicação, convencimento e reação com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo (contorna com bom humor e paciência situações em que o morador muitas vezes o trata com indelicadeza).	Cotidiano de trabalho.	
Separação entre ele e o usuário, no sentido de se colocar fora do grupo social (usuários) que está envolvido (“aquelas pessoas”).	Cotidiano de trabalho.	
Aproximação com maior intimidade só com o morador que acredita conhecer mais e melhor.	Cotidiano de trabalho.	
Autoridade de conhecimento frente ao usuário.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Não invasão da intimidade do morador, no que diz respeito a assuntos fora das questões que envolvem o seu trabalho.	Cotidiano de trabalho.	

Relação com o colega de trabalho, que não pode afetar o ambiente do morador.	Cotidiano de trabalho.	
Preservação da intimidade do morador, recusando a entrada no interior das casas.	Cotidiano de trabalho.	
Oferecimento de ajuda, caso a equipe tenha problemas com o fechamento das visitas.	Cotidiano de trabalho.	
Solidariedade para com os colegas de trabalho em situações que envolvem conflitos entre moradores e ACE.	Cotidiano de trabalho.	
Postura de respeito em relação aos conflitos entre os vizinhos.	Cotidiano de trabalho.	
Postura ética na proteção aos colegas ACS, quando o usuário reclama da ausência desses, explicando sobre os processos de trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Reconhecimento da falta de insumos de trabalho (uniforme, bolsinha, identificação).	Cotidiano de trabalho.	
Falta de representação pelo sindicato, que está mais próximo da prefeitura do que do ACE.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – BELO HORIZONTE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Controle de zoonoses (procurar foco de dengue, fazer coleta de sangue, levar veneno de rato).		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Modos de visitar (vistoria da área externa primeiro, e pela direita) e o que observar no domicílio.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Visitas com vistoria nas caixas d'água.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Divisão do território em quarteirões.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Identificação, controle e eliminação de foco.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Coleta de larvas.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Realização do LIRA.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Tratamentos perifocal e focal.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Realização de borrifação e identificação de pontos críticos.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Aplicação das dosagens de inseticidas para erradicar larvas.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Vacinação de cães.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).

Manuseio do larvicida.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Transmissão de carrapato e pulga.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Cuidados com a contaminação de inseticidas, evitando seu uso excessivo.		Introdutório (curso inicial) e cursos de capacitação específica (treinamentos).
Dengue e os ciclos de tratamento que devem ser realizados.		Curso de capacitação específica.
Visitas domiciliares, de acordo com as campanhas, praticando o que aprendeu nos treinamentos.		Curso de capacitação específica.
Orientação de desratização.		Curso de capacitação específica.
Zika e Chikungunya.		Curso de capacitação específica.
Orientações aos moradores acerca da dengue, como outras condições na casa e na vida pessoal do morador.	Cotidiano de trabalho.	
Prejuízos à saúde pelo uso excessivo da borrifação de inseticida (dengue, leishmaniose, peçonhentos, carrapato e pulga).	Cotidiano de trabalho.	
Cumprimento de casas a visitar e anotações, a fim de registros e do preenchimento do boletim.	Cotidiano de trabalho.	
Educação em saúde (sanitária e ambiental).	Cotidiano de trabalho.	
Importância da promoção em saúde como aquela que diminui os atendimentos médicos.	Cotidiano de trabalho.	
Palestras em escolas.	Cotidiano de trabalho.	

Leis trabalhista e Federal.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Estratégias de abordagem para conseguir realizar as visitas.	Cotidiano de trabalho.	
Modos de comunicação e influência para com o usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Auxílio às questões peculiares da vida do usuário e às relacionadas a seu trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Harmonia entre os ACE e ajuda mútua entre a equipe.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Orientações da coordenação quanto ao direcionamento das suas atribuições.	Cotidiano de trabalho.	
Falta de condições de trabalho (EPI, assistência etc.).	Cotidiano de trabalho.	
Importância de o morador acompanhar a vistoria, sendo uma obrigação do mesmo.	Cotidiano de trabalho.	
Noção de que sua equipe é formada pelos agentes de combate a endemias.	Cotidiano de trabalho.	
Mudança no processo de trabalho, que está mais relacionado à educação da população do que ao uso de inseticida.	Cotidiano de trabalho.	

Compromisso com as pessoas, pois além de serem usuários da unidade, são seus vizinhos.	Cotidiano de trabalho.	
Importância do trabalho do ACE e desvalorização do mesmo.	Cotidiano de trabalho.	
Importância de responsabilizar e parabenizar o usuário pelo cuidado com sua moradia.	Cotidiano de trabalho.	
Benefícios dados a outras categorias e não ao ACE.	Cotidiano de trabalho.	
Responsabilidade do trabalho, perpassando questões de saúde e direitos da população.		Graduação em serviço social (em curso).

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - CAMBÉ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Diferença entre a lógica de territorialização do trabalho do ACE e do ACS.		
- Saúde do trabalhador – aspectos físicos e psicológicos (modo correto de carregar a mochila de trabalho, postura, formas de lidar com questões pessoais e o impacto delas no cotidiano de trabalho).		- Curso específico, oferecido pela prefeitura, com duração de 8 horas. Ela nomeia como “curso sobre família”.
- Descarte correto de lixo.		- Curso específico, oferecido pela prefeitura, com duração de 8 horas. Ela nomeia como “curso sobre meio ambiente”.
- Tipos e categorias de imóveis definidos pelo serviço e ordem de prioridade (terreno baldio, ponto estratégico, casa, prédio).	- Com colega de trabalho, responsável por sua capacitação em serviço (não fez curso de formação – acompanhou em campo, durante um tempo, uma ACE da equipe).	
- Preenchimento e organização de fichas e relatórios obrigatórios.	- Com colega de trabalho, responsável por sua capacitação em serviço (não fez curso de formação – acompanhou em campo, durante um tempo, uma ACE da equipe).	
- Organização do processo de trabalho da equipe para o levantamento rápido de índice de infestação por <i>A. aegypti</i> (LIRA).	- Cotidiano de trabalho.	
- Importância de maior integração entre as ações dos ACE e da equipe de Saúde da Família.	- Cotidiano de trabalho.	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Importância e valorização do vínculo com a população.	- Cotidiano de trabalho.	
- Estratégias de abordagem dos moradores para reduzir as recusas às visitas domiciliares (ex: explicar ao morador a relevância do trabalho do ACE e seu processo de trabalho).	- Cotidiano de trabalho como ACE e como supervisora de uma equipe em uma fábrica de produção de seda. - Com colega de trabalho, responsável por sua capacitação em serviço (não fez curso de formação – acompanhou em campo, durante um tempo, uma ACE da equipe).	
- Estratégias para visita domiciliar, visando à segurança pessoal, de acordo com características dos moradores e/ou do local (ex: em imóveis onde habitam apenas homens solteiros, sempre vai acompanhada por outra ACE). Estas estratégias são traçadas a partir de informações compartilhadas entre o grupo de ACE e anotadas nos registros.	- Cotidiano de trabalho.	
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores e outros profissionais da equipe, no cotidiano e em reuniões (equipe e colegiado), para resolução de casos e/ou problemas na equipe. No caso dessa ACE, ela recorre principalmente à coordenadora da equipe de endemias, que também é ACE.	- Cotidiano de trabalho.	

- Valorização da solidariedade para embasar o trabalho em equipe.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Plano de carreira da função (ex: a cada 40 horas de cursos realizados, no período de três anos, há aumento salarial).		
- Limites de suas atribuições frente às diversas demandas e crenças dos usuários sobre as funções dos ACE.		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - CURUÇÁ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Aspectos relacionados à cadeia de transmissão da dengue e da malária.	- Cotidiano de trabalho. - Treinamento em serviço, após ingresso no cargo – ACE com mais experiência treinavam os iniciantes.	
- Hábitos reprodutivos do <i>A. aegypti</i> .	- Cotidiano de trabalho. - Treinamento em serviço, após ingresso no cargo – ACE com mais experiência treinavam os iniciantes.	
- Educação em saúde e orientações em geral à população.	- Cotidiano de trabalho. - Treinamento em serviço, após ingresso no cargo – ACE com mais experiência treinavam os iniciantes.	
- Modo de preenchimento da ficha de produção diária (número de imóveis visitados, focos encontrados e /ou eliminados).	- Cotidiano de trabalho. - Treinamento em serviço, após ingresso no cargo – ACE com mais experiência treinavam os iniciantes.	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Estratégias para abordagem da população, a fim de minimizar os casos de recusa à visita do ACE ao domicílio.	- Cotidiano de trabalho.	
- Comunicação (uso da linguagem e abordagem do usuário).	- Cotidiano de trabalho.	
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores para resolução de casos.	- Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Implicações das precárias condições de trabalho na qualidade do serviço prestado à população.	- Cotidiano de trabalho.	
- Existência, funcionamento e papel do sindicato da categoria no município.	- Cotidiano de trabalho, relação com outros usuários.	
- Importância do seu trabalho para a saúde da população.	- Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – GARANHUNS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Elementos da cadeia epidemiológica de doenças, principalmente da esquistossomose e da doença de Chagas, mas também sobre dengue.		- Curso introdutório, com duração de uma semana, oferecido pela Sucam; antes de começar a trabalhar na função. - Capacitações/cursos específicos sobre dengue, esquistossomose e doença de Chagas, com 40 horas cada, oferecidos normalmente pela secretaria municipal de saúde.
;- Hábitos e características físicas do barbeiro, vetor da doença de Chagas; e do <i>A. aegypti</i> , vetor da dengue.		- Curso introdutório, com duração de uma semana, oferecido pela Sucam; antes de começar a trabalhar na função. - Capacitações/cursos específicos sobre dengue, esquistossomose e doença de Chagas, com 40 horas cada, oferecidos normalmente pela secretaria municipal de saúde.
- Métodos de captura/coleta e remessa dos barbeiros para o laboratório do município, para investigação de infecção pelo <i>T. cruzi</i> , agente causador da doença de Chagas.		Curso introdutório, com duração de uma semana, oferecido pela Sucam; antes de começar a trabalhar na função. Capacitações/cursos específicos sobre dengue, esquistossomose e doença de Chagas, com 40 horas cada, oferecidos normalmente pela secretaria municipal de saúde.

<p>- Orientações e importância da educação em saúde para a população. Tradução e repasse das informações técnico-científicas obtidas nos cursos para a população, principalmente em relação à prevenção e ao controle dos vetores e doenças associadas.</p>		<p>- Curso introdutório, com duração de uma semana, oferecido pela Sucam; antes de começar a trabalhar na função.</p> <p>- Capacitações/cursos específicos sobre dengue, esquistossomose e doença de Chagas, com 40 horas cada, oferecidos normalmente pela secretaria municipal de saúde.</p>
<p>- Métodos e medidas de prevenção da esquistossomose e da doença de Chagas.</p>		<p>- Curso introdutório, com duração de uma semana, oferecido pela Sucam; antes de começar a trabalhar na função.</p> <p>- Capacitações/cursos específicos sobre dengue, esquistossomose e doença de Chagas, com 40 horas cada, oferecidos normalmente pela secretaria municipal de saúde.</p>
<p>- Elaboração e atualização dos mapas do território (desenho).</p>	<p>- Habilidades pessoais.</p> <p>- Conhecimentos sobre o território, consolidados a partir da prática de venda de couro na região, em que percorria a localidade.</p>	<p>Já demandou à gestão municipal cursos de atualização na elaboração de mapas, que pudessem orientá-lo na incorporação de novas tecnologias, como GPS. No entanto, ainda não havia sido atendido.</p>
<p>Dedetização de imóveis onde foram encontrados barbeiros com <i>T.cruzi</i> (modo de preparação do inseticida que os ACE deverão usar para borrifar os imóveis onde foram encontrados barbeiros positivos para <i>T.cruzi</i>)</p>		<p>Curso introdutório, com duração de uma semana, oferecido pela SUCAN antes de começar a trabalhar na função.</p> <p>Capacitações/cursos específicos sobre dengue, esquistossomose e Doença de Chagas, com duração de 40h cada um,</p>

		oferecidos normalmente pela secretaria municipal de saúde.
- Critérios para definição de áreas prioritárias no âmbito do território, que embasam o planejamento anual de atuação, junto à gestão municipal.		
- Os encaminhamentos e fluxos após a confirmação da presença de barbeiros infectados em um domicílio, assim como de usuários com sintomas de esquistossomose ou Chagas.		
- Sintomas da esquistossomose e da doença de Chagas.		
- O território de atuação e suas peculiaridades (Zona Rural).	- Conhecimentos sobre o território, consolidados a partir da prática de venda de couro na região, em que percorria a localidade.	
- Utilização do fumacê para controle do vetor da dengue.		- Curso específico, com duração de 40 horas, oferecido pela secretaria municipal de saúde.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Definição das áreas de atuação e divisão dos ACE para trabalho no território, considerando as características individuais dos ACE da equipe.		
- Troca de informações sobre imóveis e ocorrência de doenças, ainda que pouco frequentes, com os ACS.		
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Limites e potencialidades da integração dos ACE à ESF.	- Cotidiano de trabalho.	
- Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional ou encaminhar os usuários a outra unidade/equipe de saúde, face a esses limites.		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – GOIÂNIA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Noções da doença de Chagas e da Febre amarela.		Curso de capacitação específica.
Treinamento em campo de colegas de trabalho.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
Orientação dos moradores para a prevenção e combate ao mosquito e seus criadouros, identificando a importância e a prioridade da prevenção.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
Identificação de focos e extermínio dos ovos.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
Domínio do território em que atua.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
Técnica de como realizar a visita no interior de uma casa.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
Utilização do inseticida.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
Vacinação de cães.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
Identificação de focos do mosquito.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
Dengue (mosquito e o controle com inseticida, a doença em si e a forma de contágio).	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).

Educação em saúde.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
Preenchimento de boletins.	Cotidiano de trabalho (rotina e com o ACE de maior tempo na função).	Curso de capacitação específica (curso de área – treinamento prático).
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Relação de afetividade com o morador como valor.	Cotidiano de trabalho.	
Orientação dos ACS, quando necessário, sobre as dimensões da dengue.	Cotidiano de trabalho.	
Execução, junto ao morador, da limpeza dos terrenos.	Cotidiano de trabalho.	
Cuidado no compartilhamento dos saberes e experiências na relação aos colegas.	Cotidiano de trabalho.	
Destacamento do zoneamento como facilitador das relações afetivas com o usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Formas de contato com o morador, identificando a importância do convívio com eles.	Cotidiano de trabalho.	
Modo de se comunicar com o usuário, conquistando uma relação de confiança que leva ao conhecimento dos problemas domésticos do morador.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

Reconhecimento de informações mais precisas após a formação em cursos.	Cotidiano de trabalho.	
Identificação da bolsa como valor e premiação do ACE.	Cotidiano de trabalho.	
Persistência em relação aos usuários que não confiam ou obedecem as suas recomendações, acreditando que pode transformar a situação em algo benéfico.	Cotidiano de trabalho.	
Realização de trabalho braçal na sua vizinhança para combate do Aedes (fora do seu dia e local de trabalho), cuidando assim de seus vizinhos.	Cotidiano de trabalho.	
Importância da antiguidade no ofício.	Cotidiano de trabalho.	
Colaboração para trabalhar fora de seus dias de semana.	Cotidiano de trabalho.	
Ações de solidariedade, que demandam algum custo financeiro em relação aos moradores que assiste;	Cotidiano de trabalho.	
Proatividade no trabalho, que diminui o salário caso não cumpra a meta, e no tempo de convívio com o usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Entrada em casas vazias, com risco na operação, e realização do trabalho motivado por sua consciência da necessidade do combate ao Aedes.	Cotidiano de trabalho.	
Diferenças na organização de cursos para o nível superior e para o nível médio.	Cotidiano de trabalho.	

Falta de cursos mais específicos, intensos e prolongados.	Cotidiano de trabalho.	
Valorização, no trabalho em campo, da tarefa de divulgação para os moradores.	Cotidiano de trabalho.	
Extinção da tradição do controle da sequência de quarteirões (e da divisão por quarteirões), realizado através de numeração nos postes.	Cotidiano de trabalho.	
Esvaziamento do domínio do território ao substituir a divisão em quarteirões/zoneamento pelo trabalho por meio de turmas.	Cotidiano de trabalho.	
Compreensão de que seu trabalho ultrapassa suas atribuições, perpassando todas as questões de saúde do usuário.	Cotidiano de trabalho.	
Falta de apoio da gestão em relação à resolução dos problemas.	Cotidiano de trabalho.	
Destacamento do zoneamento como facilitador das relações afetivas com o usuário.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - JACIARA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Compreensão das necessidades e dos problemas de saúde enfrentados pela população.		- Curso organizado pela regional de saúde com material da Fiocruz (Proformar), oferecido aos ACE em 2007.
- Análise de larvas encontradas pelos ACE em campo e classificação etimológica.	Cotidiano de trabalho	- Graduação em Ciências Biológicas. - Pós-Graduação em Análises Clínicas. - Leitura de manuais técnicos, por conta própria. - Treinamentos oferecidos pelos ACE com mais tempo de experiência no cargo.
- Mapeamento do território e suas microáreas.		- Curso organizado pela regional de saúde com material da Fiocruz (Proformar), oferecido aos ACE em 2007.
- Relação entre as condições sociais e os problemas de saúde enfrentados pela população (exemplo: cita que o abastecimento de água é deficiente em diversas áreas e que isto está atrelado ao desenvolvimento do <i>A. aegypti</i> , já que as pessoas precisam armazenar água).		- Curso organizado pela regional de saúde com material da Fiocruz (Proformar), oferecido aos ACE em 2007. - Graduação em Ciências Biológicas. - Pós-Graduação em Análises Clínicas.
- Uso do inseticida/larvicida (controle do <i>A. aegypti</i>).		

- Orientação aos moradores e desenvolvimento de atividades de educação em saúde.		
- Conferência e correção das fichas de visitas domiciliares diárias preenchidas pelos ACE da equipe, consolidação dos dados nos formulários semanais de produção (atividades realizadas pela equipe) e alimentação do sistema de informações digital.		
- Identificação de sintomas de doenças em usuários durante visitas domiciliares e encaminhamento à eSF.		- Graduação em Ciências Biológicas. - Pós-Graduação em Análises Clínicas.
- Humanização do cuidado.	- Cotidiano de trabalho.	- Curso organizado pela regional de saúde com material da Fiocruz (Proformar), oferecido aos ACE em 2007.
- Influência dos aspectos culturais na condição de saúde dos diferentes grupos sociais.	- Cotidiano de trabalho.	- Curso organizado pela regional de saúde com material da Fiocruz (Proformar), oferecido aos ACE em 2007.
- Aspectos epidemiológicos e sociais relacionados a doença de Chagas, leishmaniose e dengue.	- Cotidiano de trabalho.	- Curso organizado pela regional de saúde com material da Fiocruz (Proformar), oferecido aos ACE em 2007. - Graduação em Ciências Biológicas. - Pós-Graduação em Análises Clínicas.
- Planejamento semanal das atividades da equipe de ACE.		

- Plano de enfrentamento do Zika vírus.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Estratégias de negociação, comunicação e informação ao usuário para a realização das visitas domiciliares, visando adequação da linguagem a um determinado grupo social e redução do número de recusas.	- Cotidiano de trabalho.	
- Respeito à (não) disponibilidade e à cultura dos usuários.	- Cotidiano de trabalho.	
- Identificação das necessidades e dos problemas do trabalho em equipe (falta de apoio da equipe de trabalho).		
- Estratégias para buscar apoio institucional e comunitário para a realização das ações voltadas para o controle de endemias.		
- Compreensão de necessidades e problemas enfrentados pela população, buscando identificar e reconhecer as diferenças entre os diversos grupos sociais.	- Cotidiano de trabalho.	- Curso organizado pela regional de saúde com material da Fiocruz (Proformar), oferecido aos ACE em 2007.
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores para resolução de problemas enfrentados pela equipe, por ele ou por usuários.		

- Humanização do cuidado e escuta atenciosa das demandas dos usuários.	- Cotidiano de trabalho.	- Curso organizado pela regional de saúde com material da Fiocruz (Proformar), oferecido aos ACE em 2007.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS		
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)	
	- Compreensão de necessidades e problemas enfrentados pela população.		
	- Atribuições dos ACE e limites de suas ações diante as responsabilidades da gestão e dos usuários.		
	- Importância da participação junto ao sindicato nas reivindicações da categoria.		
	- Negociações de metas impostas pela gestão municipal.		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – LAJE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Identificação de focos de criação de vetores.	Cotidiano de trabalho (rotina, com colegas e com a coordenação de equipe).	Curso introdutório e curso de capacitação específica.
Forma de aplicação.	Cotidiano de trabalho (rotina, com colegas e com a coordenação de equipe).	Curso introdutório e curso de capacitação específica.
Estágios de desenvolvimento das larvas.	Cotidiano de trabalho (rotina, com colegas e com a coordenação de equipe).	Curso introdutório e curso de capacitação específica.
Forma de coleta de água e preservação das larvas para análise.	Cotidiano de trabalho (rotina, com colegas e com a coordenação de equipe).	Curso introdutório e curso de capacitação específica.
Preparo do larvicida para aplicação.	Cotidiano de trabalho (rotina, com colegas e com a coordenação de equipe).	Curso introdutório e curso de capacitação específica.
Saúde e ambiente (especialmente relacionados à produção/descarte de lixo).	Cotidiano de trabalho (rotina, com colegas e com a coordenação de equipe).	Curso introdutório, curso de capacitação específica, palestras e atividades educativas.
Didática em organização de palestras.	Cotidiano de trabalho (rotina e participação).	Formação em magistério.
Relações pessoais e cultura (compreender os moradores).	Cotidiano de trabalho (relação com o território e com os colegas).	EdpopSUS.
Indicações, efeitos e reações das vacinas.	Cotidiano de trabalho.	
Planejamento e programação de atividades.	Cotidiano de trabalho (rotina e nas supervisões).	Curso introdutório.
Instrumentos, modos de registrar e finalidade dos registros.	Cotidiano de trabalho (rotina e nas supervisões).	Curso introdutório.

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Diferenciação dos grupos populacionais (idosos, pessoas de baixíssima escolaridade ou elevada), construindo um discurso adaptado para cada situação.	Cotidiano de trabalho (relação com o usuário).	Formação em mestrado.
Sensibilidade em relação às necessidades que extrapolam o perfil de atividades.	Cotidiano de trabalho (experiência e nas relações interpessoais).	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Reconhecimento da necessidade do outro, valorização dessa necessidade e pertinência.	Cotidiano de trabalho (experiência e nas relações interpessoais).	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – MARACANAÚ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Cálculos rápidos quanto ao tamanho dos recipientes (caixa d'água, cacimba, cisterna, tanque, tambor) e a quantidade de litros de forma a aplicar o larvicida.	Experiência em dar aulas de reforço de matemática.	Curso de capacitação específica (teórico e prático).
Aplicação de vacina em animais.		Curso de capacitação específica (teórico e prático).
Controle de zoonoses.		Curso de capacitação específica (teórico e prático).
Utilização de equipamento.		Curso de capacitação específica (teórico e prático).
Seguimento do roteiro do que e como observar uma residência durante uma visita.		Curso de capacitação específica (teórico e prático).
Divisão do território em quarteirões.		Curso de capacitação específica (teórico e prático).
Preenchimento de boletim de visitas.		Curso de capacitação específica (teórico e prático).
Etapas de desenvolvimento da larva do mosquito, dos sintomas e da forma de combate à dengue.		Curso de capacitação específica (teórico e prático).
Realização de ações de educação em saúde.	Cotidiano de trabalho.	Curso de capacitação específica (teórico e prático).
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Busca de uma boa relação com todos da comunidade para acessar todas as casas e cumprir a produtividade das visitas.	Cotidiano de trabalho.	
Realização de atividades com os pares, de forma que toda a área seja coberta pelo atendimento dos ACE.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Diálogo com coordenadores e secretário de saúde quanto às dificuldades das atividades no campo;.	Cotidiano de trabalho.	
Administração da produtividade diária e mensal (está relacionada a sua gratificação por função).	Cotidiano de trabalho.	
Obediência ao supervisor no comando de seguir o mapa de campo diário e a produtividade, bem como a sequência de visitas de bairros e regiões.	Cotidiano de trabalho.	
Realização de visita só com adultos em casa.	Cotidiano de trabalho.	
Organização do melhor horário de visitas diárias, de acordo com a rotina da comunidade, atendendo a horários onde as pessoas possam estar disponíveis a recebê-los.	Cotidiano de trabalho.	
Falta de insumos para o trabalho (uniforme, transporte etc.).	Cotidiano de trabalho.	

Dificuldade da realização de ciclos completos de visitas por falta de profissionais.	Cotidiano de trabalho.	
--	------------------------	--

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - MONTE AZUL

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Formas de realização das visitas domiciliares.		
- Técnicas relacionadas à dedetização de imóveis para controle do barbeiro, vetor da doença de Chagas (lavagem, lubrificação e forma de uso da bomba, cálculo da quantidade de inseticida, manuseio do inseticida, usos do EPI, entre outros).	- Cotidiano de trabalho.	- Treinamento/capacitação inicial, realizada por um colega de turma com mais tempo de serviço, assim que assumiu a função de ACE. - Poucos cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal de saúde.
- Realização de visitas domiciliares para pesquisa de barbeiros e orientação à população sobre formas de prevenção e controle desse vetor.		- Treinamento/capacitação inicial, realizada por um colega de turma com mais tempo de serviço, assim que assumiu a função de ACE. - Poucos cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal de saúde.
- Retirada do barbeiro dos imóveis, conservação e identificação da amostra, envio para o laboratório.		- Treinamento/capacitação inicial, realizada por um colega de turma com mais tempo de serviço, assim que assumiu a função de ACE. - Poucos cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal de saúde.
- Formas de percorrer o imóvel, de acordo com o agravo que se quer prevenir/controlar (dengue, doença de Chagas).	- Cotidiano de trabalho, relação com outros profissionais.	Treinamento/capacitação inicial, realizada por um colega de turma com mais tempo de serviço, assim que assumiu a função de ACE. - Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal de saúde.

- Dados epidemiológicos sobre a ocorrência da doença de Chagas na região.	- Cotidiano de trabalho, vivência no município.	- Treinamento/capacitação inicial, realizada por um colega de turma com mais tempo de serviço, assim que assumiu a função de ACE. - Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal de saúde.
- Orientações aos moradores sobre a arrumação do interior do imóvel para aplicação do inseticida (controle do barbeiro).	- Cotidiano de trabalho, relação com outros profissionais.	- Treinamento/capacitação inicial, realizada por um colega de turma com mais tempo de serviço, assim que assumiu a função de ACE. - Cursos específicos oferecidos pelas secretarias estadual e municipal de saúde.
- Vacinação de cães.		
- Orientações aos moradores para controle da dengue e da doença de Chagas.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Negociações com os moradores para definição do horário mais adequado para eles e a equipe de ACE realizarem a dedetização dos imóveis.		
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores para resolução de casos, principalmente recusa de visita por parte de moradores.		
Comunicação (uso da linguagem e abordagem do usuário).		
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores para		

resolução de problemas vinculados a outros ACE da equipe.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Implicações das precárias condições de trabalho na qualidade do serviço ofertado à população e na saúde dos trabalhadores.		
- Relação entre o vínculo trabalhista precário e a (não) participação nas instâncias de reivindicação de direitos dos trabalhadores, em função do medo de perder o emprego.	- Vivências no serviço, relações com outros ACE.	
- Importância do sindicato para reivindicação de direitos trabalhistas, como o direito ao adicional de insalubridade pelos ACE.	- Vivências no serviço, relações com outros ACE.	
- Diferenças e desigualdades entre os ACE, em função dos diversos vínculos trabalhistas.		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - NIQUELÂNDIA

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Questões de saúde não específicas da atuação do ACE, como AIDS, drogas e diabetes.		- Capacitações gerais sobre temas relevantes de saúde, oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (participação dos profissionais inseridos na ESF é obrigatória, na maioria das vezes).
- Orientações e educação em saúde.	- Cotidiano de trabalho.	- Curso formativo ainda no processo seletivo para ACE (com duração de uma semana) e curso, também de uma semana, após aprovação no concurso, antes de iniciar as atividades de campo.
- Identificação e eliminação dos criadouros do <i>A. aegypti</i> .		- Curso formativo ainda no processo seletivo para ACE (com duração de uma semana) e curso, também de uma semana, após aprovação no concurso, antes de iniciar as atividades de campo.
- Aspectos técnicos relativos ao larvicida usado pelos ACE.		- Curso formativo ainda no processo seletivo para ACE (com duração de uma semana) e curso, também de uma semana, após aprovação no concurso, antes de iniciar as atividades de campo. - Curso Técnico em Química Industrial.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)

- Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário, em geral e no domicílio.		
- Os profissionais que compõem tanto a equipe de Vigilância Epidemiológica local quanto a equipe de Saúde da Família à qual está vinculada.	- Cotidiano de trabalho, relação com outros profissionais.	
- Importância de apresentar suas opiniões e pontos de vista para a equipe, ainda que sejam divergentes da norma colocada ou sugerida pelos profissionais em cargos de chefia.		
- Estratégias para abordagem da população, a fim de minimizar os casos de recusa à visita do ACE ao domicílio.		
- Estratégias para estabelecimento de vínculo de confiança com a população e a importância do vínculo e do diálogo para a realização de um serviço de qualidade.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Atuação do sindicato de ACS e ACE no município.	- Participação nas reuniões do sindicato.	
- Compromisso com o trabalho e com a atenção e o cuidado prestados à população, o que se reflete na disponibilidade da profissional em atender a demandas de usuários, ainda que estes não estejam na sua área de atuação.		
- Reflexão sobre seu trabalho e proposição de alternativas para melhoria da qualidade		

do serviço aos profissionais em cargos superiores.		
- Distinções na atuação da eSF e da equipe de Endemias, ligada à Vigilância Epidemiológica.		
- Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional quando pertinente, face a esses limites.		
- Implicações das (precárias) condições de trabalho na qualidade dos serviços prestados à população.		
- Importância do trabalho dos ACE junto à população e da necessidade desses profissionais serem envolvidos na tomada de decisões referentes às ações da Vigilância Epidemiológica (por conhecerem as características socioeconômicas e geográficas do território).		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS - PATOS DE MINAS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Formas e aspectos relacionados à capacitação/treinamento de novos ACE ingressos no serviço (atribuições, modos de desempenhar as atividades).		
- Conhecimentos sobre o território e principais necessidades da população.	- Cotidiano de trabalho. - Experiência com ACS por vários anos.	
- Processo de trabalho dos ACE (modo de percorrer o território, divisão em quarteirões).	- Cotidiano de trabalho.	- Treinamento básico de campo, com curta duração, específico sobre dengue.
- Técnicas e atividades vinculadas ao Levantamento de Índice Rápido, LIRA (<i>A. aegypti</i>).	- Cotidiano de trabalho.	- Treinamento básico de campo, com curta duração, específico sobre dengue.
- Estratégias de busca de informações científicas sobre doenças, solicitadas pelos moradores e que ele não conseguiu responder prontamente. Usa o Google como principal ferramenta de busca.		
- Identificação dos sintomas de doenças como a dengue e a zika, estabelecendo relações e pontuando diferenças entre elas.		- Curso técnico de enfermagem. - Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. - Atualizações breves, repassadas em reuniões de equipe.

- Orientação à população quanto aos cuidados relacionados à prevenção e ao controle das arboviroses.		- Treinamento básico de campo, com curta duração, específico sobre dengue. - Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. - Atualizações breves, repassadas em reuniões de equipe.
- Forma de preenchimento dos questionários/fichas de visitas aos imóveis.	- Cotidiano de trabalho.	- Treinamento básico de campo, com curta duração, específico sobre dengue.
- Identificação, a partir das visitas domiciliares, da necessidade de um morador ser atendido por outro profissional da Equipe Saúde da Família, seja em função de condições socioeconômicas ou por alguma questão específica de saúde. Encaminhamento.	- Experiência como ACS durante vários anos.	- Curso técnico de enfermagem. - Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. - Primeiro período da graduação em Serviço Social.
- Elementos da cadeia epidemiológica de dengue, modos de prevenção e controle do vetor (técnicas e atividades).		- Treinamento básico de campo, com curta duração, específico sobre dengue. Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Comunicação (uso da linguagem e abordagem do usuário).	- Experiência como ACS durante vários anos.	- Curso técnico de enfermagem. - Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde.

- Identificação, a partir das visitas domiciliares, da necessidade de um morador ser atendido por outro profissional da Equipe Saúde da Família e consequente encaminhamento.	- Experiência como ACS durante vários anos.	- Curso técnico de enfermagem. - Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. - Primeiro período da graduação em Serviço Social.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Reivindicação de melhores condições de trabalho, envolvendo negociações com a chefia imediata.		
- Aproximações e distinções entre o trabalho do ACE e dos ACS.	- Experiência como ACS durante vários anos.	
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores para resolução de casos envolvendo os usuários.		
- Planejamento das atividades de acordo com as normas orientadas pela gestão municipal.		
- Conhecimento sobre suas atribuições.		
- Reconhecimento da importância de seu trabalho na saúde da população, especialmente no controle à dengue.		
- Responsabilidade da gestão municipal na formação e na capacitação dos profissionais; e		

relação da formação com a qualidade do serviço prestado à população.		
- Compromisso e senso de responsabilidade diante das dificuldades e problemas de saúde enfrentados pela população.		
- Importância de o ACE ter informações básicas sobre sintomas das doenças mais frequentes no território, a fim de conseguir identificar casos, entre os moradores, e fazer o encaminhamento à Equipe de Saúde da Família.		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – PIRIPIRI

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Aspectos do território e de sua população (reconhece e é reconhecido pelos moradores locais, identifica os hábitos culturais e os costumes).	Vivência no local (morador há anos) e cotidiano de trabalho.	
Educação em saúde e orientações em geral à população.		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Elementos da cadeia epidemiológica de doenças, principalmente da dengue (foco no desenvolvimento do vetor, <i>A. aegypti</i>).		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Importância da vinculação ao território e à população no desenvolvimento das ações em saúde.		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Impacto das características do território sobre o processo de trabalho (densidade populacional, por exemplo).		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Cálculo de volume das caixas d'água, da quantidade de água e da quantidade de larvicida a ser utilizada em recipientes que acumulam água limpa.		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Modos de coleta das larvas para análise.		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).

Fases de desenvolvimento e hábitos do vetor transmissor da dengue (mosquito <i>A. aegypti</i>).		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Cadeia epidemiológica da dengue (vetor, hospedeiro, fatores ambientais).		Cursos de capacitação específica (oferecidos pela secretaria municipal de saúde, sem regularidade de oferta).
Principais frentes de atuação dos ACE no município (dengue, leishmaniose e doença de Chagas).		Cursos de capacitação específica (oferecidos pela secretaria municipal de saúde, sem regularidade de oferta).
Processo de trabalho do ACE e necessidades de ajustes para maior qualidade das ações.	Cotidiano de trabalho (rotina e relação com usuários).	Cursos de capacitação específica (oferecidos pela secretaria municipal de saúde, sem regularidade de oferta).
Modo de preenchimento das fichas de visitas aos imóveis.		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Modo de percorrer o território.		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Reconhecimento dos símbolos e siglas de marcação dos bairros.		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Leitura e uso de mapas territoriais.		Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).
Métodos de contenção de cães para coleta de sangue e para aplicação de vacina antirrábica.	Cotidiano de trabalho.	Curso teórico de formação (duração de aproximadamente um mês, antes de começar a atuar como ACE no território).

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Estratégias para abordagem da população, a fim de minimizar os casos de recusa à visita do ACE ao domicílio.	Cotidiano de trabalho (rotina, relação com usuários e com outros profissionais do serviço).	Curso de capacitação específica (curso teórico de formação, denominado por ele como treinamento).
Procedimentos de informação e comunicação com superiores para resolução de casos, principalmente recusa de visita por parte de moradores.	Cotidiano de trabalho.	Cursos de capacitação específica (oferecidos pela secretaria municipal de saúde, sem regularidade de oferta e que lhe deram mais segurança, conhecimentos e aumento da autoestima enquanto profissional).
Comunicação (uso da linguagem e abordagem do usuário).	Cotidiano de trabalho (rotina e relação com usuários).	
Estratégias para orientar e convencer outros ACE a se engajarem na luta política por direitos trabalhistas.	Vivências como sócio fundador do sindicato de ACE de Piripiri.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Aproximações e distinções entre o trabalho do ACE e dos ACS.	Cotidiano de trabalho.	Cursos de capacitação específica (oferecidos pela secretaria municipal de saúde, sem regularidade de oferta).
Direitos (como o recebimento de adicional de insalubridade e do adicional relativo ao PMAQ), meios (processo sindical, ação judicial) e	Vivências como sócio fundador do sindicato de ACE de Piripiri.	

instâncias de reivindicação (sindicatos, Promotoria pública).		
Importância de ter informações certas para compartilhar com a população (prudência em divulgar ou reforçar boatos);		Com um professor de um dos cursos de capacitação específica oferecidos pela prefeitura – ele era coordenador do serviço de endemias local.
Reflexão sobre o seu trabalho e proposta do que considera necessário para que seja melhor realizado.	Cotidiano de trabalho.	Cursos de capacitação específica.
Importância do estabelecimento de uma relação respeitosa com população.	Cotidiano de trabalho.	Cursos de capacitação específica.
Influência das condições de trabalho na qualidade do serviço prestado à população.	Cotidiano de trabalho.	
Compromisso e disposição própria para atender a necessidades dos usuários, ainda que não sejam diretamente relacionadas ao seu escopo de práticas.	Cotidiano de trabalho (relação com os usuários).	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – RECIFE

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Larvicida utilizado para controle do Aedes aegypti.		- Orientações dadas em reuniões, convocadas pelo distrito de saúde, quando surge alguma novidade ou mudança que envolva os ACE e interfira em seu processo de trabalho e atribuições.
- Controle da população de pombos.	- Cotidiano de trabalho. - Relação com outros profissionais.	- Curso introdutório, com duração de uma semana, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde aos ACE antes de começarem a trabalhar na função.
- Educação ambiental e em saúde.		- Curso introdutório, com duração de uma semana, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde aos ACE antes de começarem a trabalhar na função. - Orientações dadas em reuniões, convocadas pelo distrito de saúde, quando surge alguma novidade ou mudança que envolva os ACE e interfira em seu processo de trabalho e atribuições.
- Cálculo de volume das caixas d'água, da quantidade de água e da quantidade de larvicida a ser usada em recipientes que acumulem água limpa.		- Graduação em Ciências Contábeis. - Curso introdutório, com duração de uma semana, oferecido pela Secretaria

		Municipal de Saúde aos ACE antes de começarem a trabalhar na função.
- Métodos e meios de busca de informações técnico-científicas que possam embasar suas atividades como ACE (pesquisas na Internet).		
- Lógica de territorialização do trabalho do ACE	- Cotidiano de trabalho.	
- Leitura e consolidação dos dados de produção da equipe, a partir dos boletins diários de visitas aos imóveis.		
- Características socioeconômicas e geográficas do território e da população.		
- Influência das condições socioeconômicas da população sobre a ocorrência de doenças (ex: em função da irregularidade do abastecimento de água em algumas regiões da área de abrangência do serviço, a população estoca água limpa em recipientes, que podem servir como criadouros do <i>A. aegypti</i>).		
- Identificação dos fatores ambientais, culturais e sociais envolvidos na ocorrência da dengue.		
- Definição de critérios para avaliar áreas de maior ou menor risco para ocorrência da dengue, assim como estabelecimento de áreas prioritárias (ou de maior risco) no território de abrangência.		

- Critérios para supervisão e avaliação do trabalho dos ACE da equipe.		
- Elementos da cadeia epidemiológica de doenças, principalmente da dengue (foco no desenvolvimento do vetor, <i>A. aegypti</i>).		
- As fases de desenvolvimento e hábitos do vetor transmissor da dengue, o mosquito <i>A. aegypti</i> .		
- Diferenciação entre os mosquitos <i>Culex</i> e <i>Aedes</i> .		
- Coleta de larvas de mosquito em lugares comuns e incomuns (pensa estratégias para conseguir coletar em locais de difícil acesso).		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário.		- Orientações dadas em reuniões, convocadas pelo distrito de saúde, quando surge alguma novidade ou mudança que envolva os ACE e interfira em seu processo de trabalho e atribuições.
- Distribuição de tarefas entre os membros da equipe de ACE.		
- Estratégias para negociar e convencer moradores e proprietários de imóveis mais resistentes a solucionarem os problemas encontrados e apontados pelos ACE (caixas d'água destampadas, acúmulo de água em garagens e outros locais privados).		

- Importância de a equipe colaborar, quando possível, com outra equipe de ACE que trabalha na região.		
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores profissionais da equipe, para resolução de casos e problemas relacionados ao território e à população.		
- Comunicação e troca de informações com ACS e ACE da unidade de saúde.		
- Importância do vínculo entre os ACE e a população.		
- Estratégias para orientar e convencer a população a se engajar nas ações de prevenção da dengue.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
- Direito de receber gratificação por estar inserido formalmente em uma equipe de Saúde da Família (não recebe) e também recursos advindos do PMAQ.	- Relação com outros profissionais. - Participação no sindicato.	
- Unificação dos salários dos ACE (independente do tipo de vínculo)	- Participação no sindicato.	
- Questões políticas que perpassam a atuação do sindicato que envolve ACS e ACE.	- Participação no sindicato.	
- Compromisso com a qualificação profissional e sua relação direta com a qualidade do serviço prestado à população.		

- Importância do trabalho em equipe (ajuda e cumplicidade).		
- Importância e compromisso com a consolidação dos dados de produção da equipe.		
- Necessidades diferenciadas da população, de acordo com suas características socioeconômicas e definição da ordem de serviço, de modo a priorizar áreas mais carentes.		
- Estratégias para contornar o insuficiente número de ACE na equipe, a fim de não deixar áreas completamente descobertas.		
- Limites do seu escopo de práticas e necessidade de se acionar outro profissional quando pertinente, face a esses limites (exemplo: ACE não tem poder de fiscalização e multa).		
- Escopo de atribuições, práticas, objetivos e responsabilidades do ACE.		
- Influência das condições de trabalho sobre a satisfação do profissional e a qualidade do serviço prestado.		
- Importância da presença do morador maior de idade acompanhando todos os passos do ACE na visita ao imóvel (para segurança do ACE, a fim de não ser acusado de roubo, por exemplo).		

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – RIO DE JANEIRO

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Como manusear o larvicida e forma de tratamento.		Curso de capacitação específica (treinamento).
Modo de leitura das fichas.		Curso de capacitação específica (treinamento).
Equipamento de proteção individual (EPI).		Curso de capacitação específica (treinamento).
Administração do tempo e dos registros.		Curso técnico em administração.
Modo de evitar intoxicação pelo larvicida por crianças ou animais do imóvel, e agir caso isso ocorra.		Curso de capacitação específica.
Ciclo de reprodução do vetor e de contaminação das pessoas.		Curso de capacitação específica.
Registro de casos de contaminação e investigar focos a partir dos registros.		Curso de capacitação específica.
O que observar no imóvel;		Curso de capacitação específica.
O que observar na pessoa (sintomas).		Curso de capacitação específica.
Zika e Chikungunya (sintomas e modo de orientar os usuários sobre como usar o repelente e a medicação).		Curso de capacitação específica.
Modo de evitar o foco ou acabar com ele.		Curso de capacitação específica.

Boletim de acompanhamento de visitas e o LIRA.		Curso de capacitação específica.
Noções de hipertensão e diabetes.		Curso de capacitação específica.
Orientações ao usuário em relação ao ambiente que vive e à sua saúde.	Cotidiano de trabalho.	Curso de capacitação específica.
Classificação dos espaços físicos em terreno baldio (não tem cobertura) ou outros (o que não é casa e nem comércio).	Cotidiano de trabalho.	Curso de capacitação específica.
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Compreensão da pessoa no ambiente em que vive e para além dele.	Cotidiano de trabalho.	
Identificar necessidades e ausências de apoio familiar.	Cotidiano de trabalho.	
Busca de apoio institucional e/ou comunitário.	Cotidiano de trabalho.	
Importância do trabalho junto ao ACS.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Negociação com o usuário para a entrada no imóvel.	Cotidiano de trabalho.	
Replanejamento da rotina de trabalho face a prioridades e oportunidades.	Cotidiano de trabalho.	
Respeito à (não) disponibilidade do usuário.	Cotidiano de trabalho.	

Identificação de outras necessidades de saúde do usuário; compartilhar com a equipe, contribuindo com as atribuições dos colegas.	Cotidiano de trabalho.	
Reconhecimento dos limites de sua ação face às suas atribuições e as dos colegas.	Cotidiano de trabalho.	
Entrada no imóvel como um dever.	Cotidiano de trabalho.	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS – SÃO MATEUS

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Biossegurança e segurança do trabalhador (noções. Ex.: importância do uso de EPI).	Cotidiano de trabalho (rotina e relação com outros profissionais).	
Noções básicas sobre o funcionamento do teste rápido para leishmaniose.	Cotidiano de trabalho (rotina e relação com outros profissionais).	Curso de capacitação específica (treinamento de três dias, oferecido pela regional de saúde - secretaria estadual de saúde).
Estratégias de contenção dos cães para realização da coleta de sangue auricular.	Cotidiano de trabalho (rotina e relação com outros profissionais).	
Noções básicas sobre administração intravenosa de medicamentos em cães.	Cotidiano de trabalho (rotina e relação com outros profissionais).	
Sinais clínicos da leishmaniose em cães.	Cotidiano de trabalho.	Curso de capacitação específica (treinamento de três dias, oferecido pela regional de saúde - secretaria estadual de saúde).
Noções básicas sobre a cadeia de transmissão da leishmaniose, como comportamento e reprodução do flebótomo (vetor da doença), que subsidiam as orientações dadas à população.		Curso de capacitação específica (treinamento de três dias, oferecido pela regional de saúde - secretaria estadual de saúde).
Borrifação de inseticida em imóveis para controle do vetor da leishmaniose.	Cotidiano de trabalho.	
Vacinação antirrábica em cães.	Cotidiano de trabalho.	
	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	

MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE.	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Estratégias para convencimento dos proprietários de cães diagnosticados com leishmaniose para permitirem a eutanásia dos animais.	Cotidiano de trabalho (relação com outros profissionais, principalmente da gestão municipal. São feitos encontros esporádicos, onde os gestores ou coordenadores repassam informações para auxiliar o serviço dos ACE).	
Empatia diante do sofrimento dos proprietários de cães diagnosticados positivos para leishmaniose.	Cotidiano de trabalho.	
Influência das condições de trabalho (precárias) na relação dos ACE com a comunidade (falta de fardamento e outros itens de identificação do profissional, ausência de carro para retirada dos animais positivos para leishmaniose etc.).	Cotidiano de trabalho.	
Estratégias para lidar e amenizar o sofrimento e a precariedade do trabalho da equipe.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Influência das condições (precárias) de trabalho na qualidade do serviço prestado à população.	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade de autorização de algum morador para realização do teste em um determinado cão (“pode dar até caso de polícia”).	Cotidiano de trabalho.	

Responsabilização do proprietário de um animal positivo para leishmaniose, caso haja outros casos em animais e humanos na região.	Cotidiano de trabalho.	
Influência do contexto político na relação da gestão com os ACE e suas condições de trabalho.	Cotidiano de trabalho.	
Noções básicas sobre direitos dos trabalhadores e instâncias/meios de reivindicação.	Cotidiano de trabalho (relação com outros ACE) e participação em reuniões sindicais.	

TRABALHADOR: AGENTE DE COMATE A ENDEMIAS – TAUÁ

MANIFESTA CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Zika vírus e seus sintomas.	Busca individual em meios de comunicação e pesquisa.	Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).
Tratar os recipientes.	Cotidiano de trabalho (rotina, com o coordenador e treinamento com o ACE mais antigo).	Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).
Educação sanitária (conversa com o dono da casa, conscientiza, tentar fazer com que ele escute e compreenda).	Cotidiano de trabalho (rotina, com o coordenador e treinamento com o ACE mais antigo).	Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).
Pulverização que a gente faz com a DV.	Cotidiano de trabalho (rotina, com o coordenador e treinamento com o ACE mais antigo).	Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).
Unidade de baixo volume.	Cotidiano de trabalho (rotina, com o coordenador e treinamento com o ACE mais antigo).	Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).
Controles mecânico (lavagem dos recipientes), químico (tratamento com inseticida), físico (abertura de frestas, iluminação e ventilação dos ambientes) e biológico (uso da piaba).	Cotidiano de trabalho (rotina, com o coordenador e treinamento com o ACE mais antigo).	Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).
Visitas domiciliares.		Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).

Senso crítico e estudo, que embasam a análise do que fazer em cada imóvel, pois cada um tem sua particularidade.		Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).
Orientação aos moradores sobre como realizar a lavagem dos recipientes.		Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).
Funcionalidade do produto de acordo com seu princípio ativo.		Curso de capacitação específica (instruções que a secretaria municipal recebe da secretaria estadual).
Entrega da produção (soma de tudo o que fez durante a semana, fazer a análise, soma de produto, quantidade de residências que visitou).		
Campanhas de doença de Chagas e Leishmaniose.		
Divisão do território e área adstrita.		
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO RELACIONAL SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Solicitação de ajuda a colegas e supervisores dispostos a tirar dúvidas.	Cotidiano de trabalho.	
Falta de entrosamento e união entre os ACE.	Cotidiano de trabalho.	
Importância da equipe nos problemas relacionados à entrada na casa dos moradores, tanto pedindo ajuda como sendo ajudado.	Cotidiano de trabalho.	
Importância da reunião de equipe, que é meio de sociabilização, divisão de opiniões e ideias,	Cotidiano de trabalho.	

como também de resolver questões relacionadas ao trabalho.		
Auxílio ao morador idoso ou com problemas de locomoção a fazer a lavagem dos recipientes.	Cotidiano de trabalho.	
MANIFESTA CONHECIMENTOS DE CUNHO ÉTICO-POLÍTICO SOBRE	FONTES DOS CONHECIMENTOS MANIFESTADOS	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
Falta de entrosamento e de identidade dos ACE.	Cotidiano de trabalho.	
Dificuldade de acesso à caixa d'água e de entrada na residência.	Cotidiano de trabalho.	
Responsabilidade de sua prática, que perpassa as casas que visita, como a população de seu município.	Cotidiano de trabalho.	
Auxílio ao morador idoso ou com problemas de locomoção a fazer a lavagem dos recipientes.	Cotidiano de trabalho.	
Falta de orientação a respeito do novo produto utilizado na prática (manipulação, cuidados, forma de intoxicação etc.).	Cotidiano de trabalho.	
Reconhecimento de sua prática como mais braçal do que intelectual.	Cotidiano de trabalho.	
Reconhecimento de que não tem recursos e nem formação para saber o que fazer, mas que os profissionais de nível superior têm.	Cotidiano de trabalho.	
Falta de ligação com a ESF do ACE que trabalha em várias áreas, devido ao grande deslocamento.	Cotidiano de trabalho.	

Necessidade de ações para conscientizar a população, pois há falta de informação e de instrução das pessoas.	Cotidiano de trabalho.	
Necessidade de parceria do PSF, feita pelo médico e enfermeira, com escola, igreja e creche locais.	Cotidiano de trabalho.	

CONHECIMENTOS MANIFESTADOS PELOS AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE)

1 CONHECIMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS RELACIONADOS A

1.1 ENDEMIAS

Arboviroses (zika, dengue e chikungunha)

- Aspectos relacionados à cadeia de transmissão da dengue.
- Cadeia epidemiológica da dengue (vetor, hospedeiro, fatores ambientais).
- Ciclos de tratamento da dengue.
- Coleta de água e preservação de larvas para análise.
- Coleta de larvas de mosquito em lugares comuns e incomuns (pensa estratégias para conseguir coletar em locais de difícil acesso).
- Cuidados relacionados à prevenção e ao controle das arboviroses.
- Definição de critérios para avaliar áreas de maior ou menor risco para ocorrência da dengue, assim como estabelecimento de áreas prioritárias (ou de maior risco) no território de abrangência.
- Diferenciação entre os mosquitos culex e aedes.
- Elementos da cadeia epidemiológica da dengue.
- Estágios de desenvolvimento das larvas.
- Etapas de desenvolvimento da larva do mosquito, dos sintomas e das formas de combate à dengue.
- Fases de desenvolvimento e hábitos do vetor transmissor da dengue, o mosquito A. aegypti.
- Identificação dos fatores ambientais, culturais e sociais envolvidos na ocorrência da dengue.
- Identificação, controle e eliminação de foco de criação do A. aegypti.
- Orientações acerca da dengue, objetivando condições adequadas e preventivas para a casa e para a vida pessoal do morador.
- Plano de enfrentamento do zika vírus.
- Prevenção e combate ao mosquito e seus criadouros.
- Sinais e sintomas da doença e formas de contágio.
- Sintomas da zika, chikungunha e dengue.
- Sintomas de doenças como a dengue e a zika, estabelecendo relações e pontuando diferenças entre elas.

Leishmaniose

- Campanhas contra a leishmaniose.
- Noções básicas sobre a cadeia de transmissão da leishmaniose – como comportamento e reprodução do flebótomo (vetor da leishmaniose) –, que subsidiam as orientações dadas à população.
- Noções básicas sobre o funcionamento do teste rápido para leishmaniose.
- Sinais clínicos da leishmaniose em cães.
- Estratégias de contenção dos cães para realização da coleta de sangue auricular.
- Noções básicas sobre administração intravenosa de medicamentos em cães.

Doença de chagas e esquistossomose

- Ações preventivas da esquistossomose.
- Aspectos epidemiológicos e sociais relacionados à doença de chagas e à leishmaniose.
- Campanhas para prevenção e detecção da doença de chagas.
- Elementos da cadeia epidemiológica de doenças, principalmente da esquistossomose e da doença de chagas.
- Hábitos e características físicas do barbeiro, vetor da doença de chagas.
- Identificação da amostra do barbeiro.
- Investigação de infecção pelo T. cruzi, agente causador da doença de chagas.
- Métodos e medidas de prevenção da esquistossomose e da doença de chagas.
- Noções sobre sinais e sintomas da doença de chagas.
- Prevenção e controle do barbeiro.
- Retirada dos imóveis e conservação do barbeiro.

Outras endemias – triplicose, raiva, leptospirose (prevenção, sintomas, vetores etc.), malária.

- Aspectos relacionados à cadeia de transmissão da malária.
- Controle da população de pombos.
- Hábitos de animais peçonhentos e estratégias para prevenção e controle destes animais em ambientes domésticos.
- Manuseio de veneno de rato.
- Aplicação de vacina em animais.

- Censo da população canina e felina do território.
- Indicações, efeitos e reações das vacinas.
- Métodos de contenção de cães para coleta de sangue e para aplicação de vacina antirrábica.
- Noções básicas sobre febre amarela.
- Técnica de desratização.
- Transmissão de carrapato e pulga.
- Vacinação antirrábica em cães.

1.2 DOENÇAS E AGRAVOS QUE NÃO ESTÃO NO AMBITO DE ATUAÇÃO DO ACE

- Noções de hipertensão e diabetes.
- Questões de saúde não específicas da atuação do ACE, como Aids, drogas e diabetes.

1.3 USO E MANUSEIO DE PRODUTOS E TÉCNICAS PARA CONTROLE DE VETORES

- Borrifação de inseticida em imóveis para controle do vetor da leishmaniose.
- Organização do imóvel para a aplicação do inseticida (controle do barbeiro).
- Técnicas relacionadas à dedetização de imóveis para controle do barbeiro, vetor da doença de chagas.
- Modo de preparação do inseticida que os ACE deverão usar para borrifar os imóveis onde foram encontrados barbeiros positivos para T. cruzi.
- Dedetização de imóveis onde foram encontrados barbeiros com T. cruzi.
- Trabalho de campo para controle com inseticida do mosquito da dengue.
- Uso do inseticida/larvicida (controle do A. aegypti).
- Utilização do fumacê para controle do vetor da dengue.
- Orientações sobre o uso de repelente e medicações indicadas.
- Cálculo de volume das caixas d'água, da quantidade de água e da quantidade de larvicida a ser utilizada em recipientes que acumulem água limpa.
- Cálculos rápidos quanto ao tamanho dos recipientes (caixa d'água, cacimba, cisterna, tanque, tambor) e a quantidade de litros, de forma a aplicar o larvicida.
- Características do mosquito e seu controle com inseticida.
- Controles mecânico (lavagem dos recipientes), químico (tratamento com inseticida), físico (abertura de frestas, iluminação e ventilação dos ambientes) e biológico (uso da piaba).
- Prejuízos à saúde do ACE pelo uso excessivo da borrifação de inseticida (contra dengue, leishmaniose, peçonhentos, carrapato e pulga).

1.4 PROCEDIMENTOS DE REGISTRO E INFORMÁTICA

- Anotações para registros e preenchimento do boletim.
- Boletim de acompanhamento de visitas.
- Conhecimentos básicos de informática, relacionados a sites de busca (Google).
- Consolidação dos dados nos formulários semanais de produção.
- Fichas de visitas domiciliares diárias preenchidas pelos ACE da equipe.
- Notificação de casos de doenças.
- Noções básicas de matemática para consolidação da produção.
- Preenchimento e organização de fichas e relatórios obrigatórios.
- Produção de trabalho (quantidade de casas visitadas).
- Registro no sistema de informações digital.

1.5 DIRETRIZES DA ESF

Educação em saúde/educação ambiental/ educação sanitária

- Didática em organização de palestras.
- Importância da promoção em saúde como aquela que diminui os atendimentos médicos.
- Orientação aos moradores e desenvolvimento de atividades de educação em saúde.
- Orientações em geral à população.
- Palestras em escolas.

Trabalho em equipe

- Importância de maior integração entre as ações dos ACE e da equipe de Saúde da Família.
- Organização do processo de trabalho da equipe.

Territorialização

- Classificação dos espaços físicos em terreno baldio (não tem cobertura) ou outros (o que não é casa e nem comércio).
- Diferença entre a lógica de territorialização do trabalho do ACE e do ACS.
- Divisão do território e área adstrita.
- Divisão do território em bairros.
- Leitura e uso de mapas territoriais.
- Mapeamento do território e suas microáreas.
- Modo de percorrer o território.
- Tipos e categorias de imóveis definidos pelo serviço e ordem de prioridade (terreno baldio, ponto estratégico, casa, prédio).
- Reconhecimento de símbolos e siglas de marcação dos bairros.

Visita domiciliar

- Formas de percorrer o imóvel, de acordo com o agravo que quer prevenir/controlar.
- O que deve ser averiguado nos imóveis em busca de possíveis focos e criadouros.
- Realização da visita no interior de uma casa.
- Seguimento do roteiro do que e de como observar uma residência durante a visita.
- Senso crítico e estudo, que embasam a análise do que fazer em cada imóvel, pois cada um tem uma particularidade.
- Técnica de como realizar a visita no interior de uma casa.
- Vistorias de caixa d'água.
- Visitas domiciliares de acordo com as campanhas, praticando o que aprendeu nos treinamentos.

Planejamento

- Critérios para definição de áreas prioritárias no âmbito do território, que embasam o planejamento anual de atuação junto à gestão municipal.
- Planejamento semanal das atividades da equipe de ACE.
- Planejamento de atividades, como mutirões, que dependem de elementos principalmente da gestão municipal, como disponibilização de carro para a equipe.

Humanização, acolhimento

- Humanização do cuidado.

1.6 ESPECIFICIDADES DO TRABALHO DO ACE

- Levantamento rápido do índice de infestação (LIRA).
- Importância e prioridade da prevenção.
- Principais frentes de atuação dos ACE no município (dengue, leishmaniose e doença de chagas).
- Importância da promoção em saúde na atividade do ACE e na diminuição de doença.
- Segurança pessoal, de acordo com características dos moradores e/ou do local.
- Impacto das características do território sobre o processo de trabalho (densidade populacional, por exemplo).
- Importância da vinculação ao território e à população no desenvolvimento das ações em saúde.
- O processo de trabalho dos ACE e as ações de vigilância, sob uma perspectiva ampliada.
- Formas e aspectos relacionados à capacitação/treinamento de novos ACE que ingressam no serviço (atribuições, modos de desempenhar as atividades).

1.7 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

- Aspectos do território e de sua população (reconhece e é reconhecido pelos moradores locais, identifica os hábitos culturais e os costumes).
- Características socioeconômicas e geográficas do território e da população.
- O território de atuação e suas peculiaridades (zona rural).
- Necessidades e problemas de saúde enfrentados pela população.

1.8 REDE DE ATENÇÃO

- Encaminhamentos e fluxos após a confirmação da presença de barbeiros infectados em um domicílio, assim como de usuários com sintomas de esquistossomose ou chagas.
- Encaminhamentos a serem realizados em caso de acidentes envolvendo animais peçonhentos.
- Estratégia de saúde da família como ponto de referência para encaminhamento de casos suspeitos de doença na população do território.
- Identificação, a partir das visitas domiciliares, da necessidade de um morador ser atendido por outro profissional da Equipe Saúde da Família, em função de suas condições socioeconômicas ou por alguma questão específica de saúde; e consequente encaminhamento.

1.9 OUTROS

Processo saúde-doença

- Influência das condições socioeconômicas da população sobre a ocorrência de doenças.
- Relação entre as condições sociais e os problemas de saúde enfrentados pela população.
- Influência dos aspectos culturais na condição de saúde dos diferentes grupos sociais.
- Relação entre ambiente e saúde.

Saúde do trabalhador

- Biossegurança e segurança do trabalhador (noções- exemplo: importância do uso de EPI).
- Equipamento de proteção individual (EPI).
- Cuidados com a contaminação de inseticidas evitando uso excessivo de inseticidas;
- Saúde do trabalhador – aspectos físicos e psicológicos (modo correto de carregar a mochila de trabalho, postura, formas de lidar com questões pessoais e o impacto delas no cotidiano de trabalho)

Atividades de supervisão

- Análise dos boletins de produção diários dos ACE.
- Definição de itinerários/rotas de trabalho dos ACE.
- Divisão de tarefas entre os ACE, no que tange ao território de atuação.
- Estratégias, ferramentas e instrumentos de supervisão indireta e direta do trabalho realizado pelos ACE da equipe, principalmente das atividades de visitas domiciliares.
- Preenchimento do relatório de ponto dos ACE e entrega à gestão, assim como justificativa de faltas e de possíveis problemas em relação ao documento.
- Supervisão e orientação dos ACE quanto às atividades relacionadas principalmente ao controle da dengue, mas também a outras demandas, para as quais ele foi orientado pela gestão e outros profissionais (controle de animais peçonhentos, por exemplo).
- Elaboração dos resumos de produção semanal dos ACE e entrega à gestão.
- Supervisão do trabalho realizado cotidianamente pelos ACE (caixa d'água não vistoriada, recipientes que ainda acumulam água em áreas descobertas – questões observadas durante a supervisão indireta).

2 CONHECIMENTOS RELACIONAIS EM SITUAÇÕES QUE ENVOLVEM

2.1 DIRETAMENTE OS USUÁRIOS

- Autoridade de conhecimento frente ao usuário.
- Compreensão de necessidades e problemas enfrentados pela população, buscando identificar e reconhecer as diferenças entre os diversos grupos sociais.
- Comunicação com uso da linguagem e abordagem do usuário, em geral e no domicílio.
- Auxílio às questões peculiares da vida do usuário e às relacionadas a seu trabalho.
- Diferenciação dos grupos populacionais (idosos, pessoas de baixíssima escolaridade ou elevada), construindo um discurso adaptado para cada situação.
- Estratégias de abordagem dos moradores para reduzir as recusas às visitas domiciliares.
- Estratégias para estabelecimento de vínculo de confiança com a população.
- Importância do vínculo e do diálogo para a realização de um serviço de qualidade.
- Estratégias para contornar situações de comportamento agressivo do usuário (com bom humor e paciência, nas situações em que o morador muitas vezes o trata com indelicadeza).
- Estratégias para negociar e convencer moradores e proprietários de imóveis mais resistentes a solucionarem problemas encontrados e apontados pelos ACE (caixas d'água destampadas, acúmulo de água em garagens e outros locais privados).
- Estratégias para orientar e convencer a população a se engajar nas ações de prevenção da dengue.
- Estratégias para convencimento dos proprietários de cães diagnosticados com leishmaniose a permitirem a eutanásia dos animais.
- Execução junto ao morador da limpeza dos terrenos.
- Formas de contato com o morador, identificando a importância do convívio com eles.
- Humanização do cuidado e da escuta atenciosa de demandas dos usuários.
- Importância do vínculo entre os ACE e a população.
- Negociações com os moradores para definição do horário mais adequado para eles e a equipe de ACE realizarem a dedetização dos imóveis.
- Relação de afetividade com o morador como valor.
- Respeito à (não) disponibilidade e à cultura dos usuários.
- Separação entre ele e o usuário, no sentido de se colocar fora do grupo social (usuários) que está envolvido (“aquelas pessoas”).

2.2 OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ACE

- Formas de intervir na intermediação de situações de problemas pessoais dos ACE, em virtude da falta no trabalho.
- Harmonia entre os ACE e ajuda mútua entre a equipe.
- Estratégias de comunicação e informação com outros profissionais, quando necessário, e nas reuniões de equipe.
- Identificação das necessidades e dos problemas do trabalho em equipe (falta de apoio da equipe de trabalho).
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores para resolução de problemas enfrentados pela equipe, por ele ou pelos usuários.
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores para resolução de casos, principalmente recusa de visita por parte de moradores.
- Valorização da solidariedade para embasar o trabalho em equipe.
- Cuidado no compartilhamento dos saberes e experiências na relação com os colegas.
- Realização de atividades com os pares, de forma que toda a área seja coberta pelo atendimento dos ACE.
- Importância de apresentar suas opiniões e pontos de vista para a equipe, ainda que sejam divergentes da norma colocada ou sugerida pelos profissionais em cargos de chefia.
- Estratégias para orientar e convencer outros ACE a se engajarem na luta política por direitos trabalhistas.
- Distribuição de tarefas entre os membros da equipe de ACE.
- Importância de a equipe colaborar, quando possível, com outra equipe de ACE que trabalha na região.
- Estratégias para lidar e amenizar o sofrimento e a precariedade do trabalho da equipe (bom humor, amizade).

2.3 PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E ASSISTÊNCIA

- Procedimentos de comunicação e informação para encaminhamento de usuários para a ESF.
- Valorização da solidariedade para embasar o trabalho em equipe.
- Modos de repasse de informações para os outros ACE da equipe.

- Estratégias de comunicação e orientação dos ACS, quando necessário, sobre as dimensões da dengue.
- Importância de a equipe colaborar, quando possível, com outra equipe de ACE que trabalha na região.
- Importância do trabalho junto ao ACS.

2.4 FAMILIARES, INSTITUIÇÕES E APOIO COMUNITÁRIO

- Empatia diante do sofrimento dos proprietários de cães diagnosticados positivos para leishmaniose.
- Estratégias para buscar apoio institucional e comunitário para a realização das ações voltadas para o controle de endemias.
- Importância do apoio institucional e/ou comunitário.

3 CONHECIMENTOS ÉTICO-POLÍTICOS SOBRE

3.1 RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO

- Ações de solidariedade que demandam algum custo financeiro, voltadas para os moradores que assiste.
- Auxílio ao morador idoso ou com problemas de locomoção a fazer a lavagem dos recipientes.
- Compromisso com a cobertura de todo o território do trabalho desenvolvido pelos ACE.
- Compromisso com a saúde da população local; compromisso com as pessoas, pois além de serem usuários da unidade, são seus vizinhos.
- Compromisso com o trabalho e com a atenção e o cuidado prestados à população, o que se reflete na disponibilidade da profissional em atender a demandas de usuários, ainda que não estejam na sua área de atuação.
- Compromisso e disposição própria para atender às necessidades dos usuários, ainda que não sejam diretamente relacionadas ao seu escopo de práticas.
- Dificuldades de acesso à caixa d'água e de entrada na residência.
- Importância da presença do morador maior de idade acompanhando todos os passos do ACE na visita ao imóvel (para segurança do ACE, a fim de não ser acusado de roubo, por exemplo).
- Importância de responsabilizar e parabenizar o usuário pelo cuidado com sua moradia.
- Importância de ter informações certas para compartilhar com a população (prudência em divulgar ou reforçar boatos).
- Importância do estabelecimento de uma relação respeitosa com população.

- Importância de o morador acompanhar a vistoria, sendo uma obrigação do mesmo.
- Influência das condições de trabalho (precárias) na relação dos ACE com a comunidade (falta de fardamento e outros itens de identificação do profissional, ausência de carro para retirada dos animais positivos para leishmaniose etc.).
- Necessidade de autorização de algum morador para realização do teste em um determinado cão (“pode dar até caso de polícia”).
- Negociação com o usuário para a entrada no imóvel.
- Organizar o melhor horário de visitas diárias, de acordo com a rotina da comunidade, observando a disponibilidade das pessoas para recebê-los.
- Persistência em relação aos usuários que não confiam ou não seguem suas recomendações, acreditando que pode transformar a situação em algo benéfico.
- Postura de respeito em relação aos conflitos entre os vizinhos.
- Preservação da intimidade do morador, recusando a entrada no interior das casas.
- Respeito à (não) disponibilidade do usuário.
- Respeito à intimidade do morador, no que diz respeito a assuntos fora das questões que envolvem o seu trabalho.
- Responsabilização do proprietário de um animal positivo para leishmaniose, caso haja outros casos em animais e humanos na região.

3.2 RELACÃO ENTRE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ACE OU COM O SUPERISOR/GESTOR

- Preservação da individualidade de cada profissional.
- Falta de entrosamento e de identidade dos ACE.
- Importância do trabalho em equipe (ajuda e cumplicidade).
- Divisão de tarefas entre os profissionais da equipe.
- Conhecimento sobre a equipe que compõe a vigilância epidemiológica no município.
- Importância de recorrer a um colega ou superior, frente a alguma dúvida.
- Suporte ao trabalho dos ACE, no sentido de pensar sua segurança.
- Apoio aos ACE no enfrentamento de dificuldades junto à população para a realização de visitas domiciliares.
- Procedimentos de informação e comunicação com superiores para resolução de casos envolvendo usuários.

- Relação com o colega de trabalho, que não pode afetar o ambiente do morador.
- Solidariedade para com os colegas de trabalho nas situações que envolvem conflitos entre moradores e ACE.
- Limites de suas atribuições frente a diversas demandas e crenças dos usuários sobre as funções dos ACE.
- Reconhecimento da necessidade do outro, valorização dessa necessidade e pertinência.
- Obediência ao supervisor no comando para seguir o mapa de campo diário e a produtividade, bem como a sequência de visitas de bairros e regiões.

3.3 RELAÇÃO PROFISSIONAL-REDE DE ATENÇÃO E DE ASSISTÊNCIA

- Aproximações e distinções entre o trabalho do ACE e dos ACS.
- Conhecimento acerca da composição da ESF.
- Distinções na atuação da eSF e da equipe de Endemias, ligada à Vigilância Epidemiológica.
- Falta de ligação com a ESF, do ACE que trabalha em várias áreas, devido ao grande deslocamento.
- Identificação, a partir das visitas domiciliares, da necessidade de um morador ser atendido por outro profissional da Equipe Saúde da Família, em função de suas condições socioeconômicas ou por alguma questão específica de saúde.
- Limites do seu escopo de práticas e necessidade de acionar outro profissional ou encaminhar os usuários a outra unidade/equipe de saúde, frente a esses limites.
- Limites e potencialidades da integração dos ACE à ESF.
- Postura ética na proteção aos colegas ACS quando o usuário reclama da ausência deles, e explicando sobre os processos de trabalho.
- Necessidade de parceria do PSF, feita pelo médico e pela enfermeira, com escola, igreja e creche locais.

3.4 ATIVIDADE PROFISSIONAL

- Atribuições dos ACE e limites de suas ações frente às responsabilidades da gestão e dos usuários.
- Colaboração para trabalhar fora de seus dias de semana.
- Compreensão de que seu trabalho ultrapassa suas atribuições, perpassando todas as questões de saúde do usuário.
- Conhecimento de suas atribuições.
- Entrada em casas vazias, com risco na operação, e realização do trabalho motivado por sua consciência ligada à necessidade do combate ao Aedes.

- Entrada no imóvel como um dever.
- Escopo de atribuições, práticas, objetivos e responsabilidades do ACE.
- Importância da antiguidade no ofício.
- Importância de o ACE ter informações básicas sobre sintomas das doenças mais frequentes no território, a fim de conseguir identificar casos nos moradores e encaminhá-los à Equipe de Saúde da Família.
- Importância do trabalho do ACE para a saúde da população.
- Limites de seu escopo de práticas e necessidade de acionar outro profissional quando pertinente, frente a esses limites (exemplo: ACE não tem poder de fiscalização e multa).
- Necessidade de ações para conscientizar a população.
- Planejamento das atividades de acordo com as normas orientadas pela gestão municipal.
- Processo de trabalho do ACE e necessidade de ajustes para maior qualidade das ações.
- Reconhecimento da relação da formação com a qualidade do serviço prestado à população.
- Reconhecimento da importância de seu trabalho na saúde da população, especialmente no controle da dengue.
- Reconhecimento de sua prática como mais braçal do que intelectual.
- Reflexão sobre seu trabalho e proposta do que considera necessário para que seja melhor realizado.
- Reflexão sobre seu trabalho e proposição de alternativas para melhoria da qualidade do serviço aos profissionais em cargos superiores.
- Responsabilidade do trabalho, perpassando questões de saúde e direitos da população.
- Sensibilidade em relação às necessidades que extrapolam o perfil de atividades.
- Uso de novo produto utilizado na prática (manipulação, cuidados, forma de intoxicação etc.).

3,5 O PAPEL DA GESTÃO NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA

- Estratégias de comunicação e informação com coordenadores e secretário de saúde quanto às dificuldades das atividades no campo.
- Falta de apoio da gestão em relação à resolução dos problemas.
- Influência do contexto político na relação da gestão com os ACE e suas condições de trabalho.

- Necessidade dos ACE serem envolvidos na tomada de decisões referentes às ações da Vigilância Epidemiológica (por conhecerem as características socioeconômicas e geográficas do território).

3.6 RELAÇÕES DE TRABALHO E ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DO ACE

- Atuação do sindicato de ACS e ACE no município.
- Benefícios dados a outras categorias e não ao ACE.
- Compromisso com a qualificação profissional e sua relação direta com a qualidade do serviço prestado à população.
- Diferenças e desigualdades entre os ACE, em função dos diversos vínculos trabalhistas.
- Diferenças na organização de cursos para o nível superior e para o nível médio.
- Direito de receber gratificação por estar inserido formalmente em uma equipe de Saúde da Família (não recebe) e também recursos advindos do PMAQ.
- Direitos da categoria profissional (como o recebimento de adicional de insalubridade e do adicional relativo ao PMAQ), meios (processo sindical, ação judicial) e instâncias de reivindicação (sindicatos, Promotoria).
- Existência, funcionamento e papel do sindicato da categoria no município.
- Falta de representação pelo sindicato, que está mais próximo da prefeitura do que do ACE.
- Implicações das precárias condições de trabalho na qualidade do serviço ofertado à população e à saúde dos trabalhadores.
- Desvalorização do trabalho do ACE.
- Importância da participação, junto ao sindicato, nas reivindicações da categoria.
- Importância da reivindicação de melhores condições de trabalho, envolvendo negociações com a chefia imediata.
- Importância de negociações de metas impostas pela gestão municipal.
- Importância do sindicato para a reivindicação de direitos trabalhistas, como o direito ao adicional de insalubridade pelos ACE.
- Leis trabalhista e federal.
- Necessidade de reivindicação de direitos da categoria profissional, tais como melhores formação e remuneração e obtenção de vínculo trabalhista.
- Plano de carreira da função (ex.: a cada 40 horas de cursos realizados, no período de três anos, há aumento salarial).
- Questões políticas que perpassam a atuação do sindicato que envolve ACS + ACE.
-

- Reconhecimento de informações mais precisas após a formação em cursos.
- Reconhecimento de que não tem recursos nem formação para saber o que fazer, mas que os profissionais de nível superior têm.
- Relação entre o vínculo trabalhista precário e a (não) participação nas instâncias de reivindicação de direitos dos trabalhadores, em função do medo de perder o emprego.
- Responsabilidades da gestão municipal em relação aos trabalhadores vinculados ao município.
- Unificação dos salários dos ACE (independentemente do tipo de vínculo).

Quadro 5.1 Tendências de fontes e tipos de conhecimentos técnico-científicos

Trabalhador: Agente de Combate a Endemias (ACE)

Legendas:

- P = fonte de conhecimento na prática
- F = Fonte de conhecimento na formação
- PF = Fonte de conhecimento na prática e na formação
- NR = Não se refere à fonte de conhecimento

Obs: Nos municípios de Maringá e Penápolis, não foram realizadas entrevistas com o trabalhador ACE.

Tipo de conhecimento manifestado	Municípios																				
	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuça	Garanhuns	Goiânia	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	Total
1.1 Endemias																					
Arboviroses		2F PF	7F		2P	2F	4 PF	PF NR	3 PF	F			PF	3F		5F	5 NR	3F		P PF	14 municípios 14F;9 PF; 3P
Leishmaniose		F						PF											4 PF F	PF	4 municípios 2F; 6PF
Doenças de Chagas e Esquistossomose	F	F				4F NR	F	PF				F; F PF								PF	7 municípios 3PF; 9F
Outras endemias	F	2F			P		F PF									PF	PF		P		8 municípios; 4F; 3PF; 2P
1.2 Doenças e agravos que não estão no âmbito de atuação do ACE (hipertensão, diabete etc.)													F					F			2 municípios 2F
1.3 Manuseio e uso de produtos químicos		2F	4F			2F	PF	NR	PF	PF		PF PF	PF			F	2F	2F		4 PF	12 municípios 10 PF; 13F

1.4 Procedimentos de registros e informática	F F	P			P		PF	NR	PF	F				NR PF		F	NR	3F			11 municípios 6F; 3PF; 2P	
1.5 Diretrizes da ESF																						
Educação em saúde/educação ambiental/educação sanitária			F		P	F	PF	NR	PF	F				PF		F	F				PF	11 municípios 5F; 4PF; 1P
Trabalho em equipe				P																	NR	2 municípios 1P
Territorialização		P	F	NR P				F		F	X					3F	P NR	P			PF	9 municípios 6F ;4P; 1PF
Visita domiciliar		F	2F				PF			F			NR PF								PF	6 municípios 3PF; 3F
Planejamento	PF					NR		NR	PF													4 municípios 2PF
Humanização/acolhimento								PF														1 município 1PF
1.6 Especificidades do trabalho do ACE	PF; NR F	P	2F	NR										NR 2F		3F PF		F				7 municípios 9F; 2PF; 1P
1.7 Território e população						P	PF	F						P		P	NR					6 municípios 4P; 1PF; 1F
1.8 Rede de Atenção	NR			P		NR								PF								4 municípios 1P; 1PF
1.9 Outros			4F																			1 município 1F
Processo saúde-doença								F; PF	PF								NR	2P	P			5 municípios 3P; 2PF; 1F
Saúde do trabalhador		P		F						F											F	4 municípios 3F; 1P
Atividades de supervisão	2 PF 2F					P											NR					3 municípios 2PF; 1F; 1P
Tipo de conhecimento manifestado	Município																					
2 Relacionais que envolvem	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuçá	Garanhuns	Goiania	Jaciara	Leje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	Total	
2.1 Diretamente os usuários		5P	4P	2P	2P		5P	4P	2 PF	P		2N R	4 NR	PF		PF P	F 3 NR		2P			14 municípios 26P; 4PF; 1F
2.2 Outros profissionais da equipe	4P		P	P	P	P	P	P		2P		2 NR	NR			PF	3 NR		P	3P		14 municípios 16P; 1PF

de ACE ou supervisor/gestor																						
2.3 Profissionais da rede de atenção à saúde, com destaque para os ACS						P	P						P	PF				NR	P			6 municípios 4P; 1 PF
2.4 Familiares, apoio comunitário e instituições											P								2P			2 municípios 3P
Tipo de conhecimento manifestado	Município																					
3. Ético-político sobre	Abreu e Lima	Aparecida do Taboado	Belo Horizonte	Cambé	Curuçá	Garanhuns	Goiania	Jaciara	Laje	Maracanaú	Maringá	Monte Azul	Niquelândia	Patos de Minas	Penápolis	Piripiri	Recife	Rio de Janeiro	São Mateus	Tauá	Total	
3.1 Relação profissional-usuário	NR	3P	3P				3P	P		3P			P			F PF P	NR	2P	2P	2P	12 municípios 21P; 1PF; 1F	
3.2 O trabalho em equipe	NR PF	3P	P				P		P	2P				NR			3 NR	2P		2P	10 municípios 12P; 1PF	
3.3 Relação profissional rede de atenção e assistência		P				2P										PF					3 municípios 3P; 1PF	
3.4 Atividade profissional			2P	NR NR	2P		6P	P	P				3P	P 5N R		PF	2 NR	P		4P	12 municípios 20P	
3.5 Relação com a gestão municipal	PF									P			P	NR NR						P	5 municípios 3 P; 1PF	
3.6 Relações de trabalho e organização política dos ACE	PF	2P	3P		P		2P	2P		2P		2 NR 2P	2P	NR		P PF	4P NR		2P		13 municípios 23P; 2PF	

5. CONCLUSÕES

As conclusões deste relatório serão apresentadas como um *resumo executivo* da pesquisa, extraindo-se do corpo do relatório o conteúdo que responde às questões orientadoras da investigação. Passamos, então, a abordá-las.

a) Questões de estudo quanto à formação

a1) Qual a escolaridade desses trabalhadores?

A escolaridade dos trabalhadores técnicos das eSF tende ao ensino médio, conforme exigência das respectivas profissões técnicas, apesar dessa exigência não se apresentar para os ACS e para os ACE. Como mostra a análise apresentada no item 4.2.1.2, relativo à elevação da escolaridade em serviço e incentivos e obstáculos à formação, a pesquisa indicou que, mesmo de forma discreta, o volume de técnicos que elevou sua escolaridade foi significativo. Os maiores índices de elevação estão atrelados, justamente, aos trabalhadores que registraram os níveis mais baixos de escolaridade de entrada, representados pelos ACS. O dado ganha destaque, sobretudo, quando são considerados aqueles que acessaram o Ensino Superior e a formação profissional de nível médio em um contexto nacional precário.

Ao comparar os dados por equipe, pode-se afirmar que as eSF contempladas pelas políticas públicas de educação em saúde têm mais trabalhadores que passaram pelo sistema educacional formal do que as demais. De forma geral, percebe-se a incidência significativa de programas sociais oriundos do terceiro setor. Entre eles, a oferta de cursos gratuitos, ou barateados, por organizações não governamentais e bolsas de estudo fornecidas por universidades particulares. Além disso, há também políticas públicas de educação, que vão desde a oportunidade de formação técnica pelo Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, até a oferta de vagas no ensino público. Todos esses incentivos foram verificados na trajetória educacional daqueles que elevaram sua escolaridade em serviço.

Ainda no que diz respeito a obstáculos e incentivos à formação, a falta de horário disponível para estudar – no caso das mulheres, agravada pela junção da jornada de trabalho na eSF e no lar – aparece como o principal fator limitador para dar continuidade à trajetória educacional do trabalhador. Em contrapartida, formações ofertadas em parceria com a instituição de saúde, gratuitas e durante o turno de trabalho ou à distância, aparecem como facilitadores do processo.

A partir do exposto, conclui-se que o acesso aos programas sociais e às políticas públicas de educação é fator determinante na elevação da escolaridade da força de trabalho de nível técnico nas eSF.

a2) A formação inicial e continuada é compatível como o trabalho real?

Convém reproduzir aqui o exposto no item 4.2.1.3 deste relatório. A partir de análise comparativa, percebe-se que não há um padrão, no que tange ao formato das ações educativas que visam preparar o profissional técnico para o início das atividades nas eSF. Mais do que isso, é possível afirmar que a oferta de capacitação inicial pelo empregador não é uma prática instituída no Sistema Único de Saúde.

Dentre os trabalhadores que passaram por esse tipo de formação, vale destacar que a maioria pertence às categorias de ACS e ACE. Este dado está relacionado ao fato de que essas ocupações dispensam formação específica para o ingresso no cargo, o que pressiona as instituições de saúde a ofertarem algum tipo de capacitação para o exercício da função. Ainda assim, boa parte dos ACS relata ter recebido apenas treinamento em serviço, fornecido pelos ACS mais antigos da equipe.

Com base na fala dos entrevistados, conclui-se, então, que as ações que visam a formação inicial dos trabalhadores técnicos presentes nas eSF são insatisfatórias, pois são escassas na oferta. Ao mesmo tempo, a importância dessas capacitações iniciais é reconhecida pelo trabalhador. Vale ressaltar que a categoria profissional que mais se expressou acerca do problema foi a dos trabalhadores técnicos e auxiliares de enfermagem. Não por acaso, aqueles que menos apresentam registros de formação inicial. Estes profissionais destacam a especificidade do trabalho na atenção básica, que se diferencia daquele executado nas demais instituições de saúde, e a superficialidade com que essa temática foi abordada nos cursos profissionais que fizeram. Assim, relataram dificuldades na execução do trabalho quando do início das atividades na eSF, e afirmaram terem aprendido o trabalho na prática, ou seja, no cotidiano de serviço.

Quanto à formação continuada desses trabalhadores, os quadros revelam que o modelo de formação continuada difundido nas eSF assume a forma de capacitações de curta duração (palestras, cursos, oficinas etc.). Com temas variados e promovidas durante o horário de trabalho, têm como público alvo os trabalhadores técnicos das equipes como um todo, não havendo recorte por categoria profissional. Em sua grande maioria, são ações promovidas pelas

secretarias municipais de saúde, mas há evidências de parceria com os demais níveis de governo, com instituições de classe e com universidades públicas.

As iniciativas que visam à formação de trabalhadores, e que ganham status de qualificação profissional reconhecidas no mercado de trabalho, são aquelas oriundas de programas e políticas promovidas pelo Governo Federal e vinculadas ao Ministério da Saúde. Este é o caso dos cursos direcionados aos ACS (introdutório e técnico), cuja realização já pode ser afirmada como uma tendência das eSF no Brasil. Nesse sentido, um segundo exemplo seria o do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que não aparece como uma tendência das equipes, mas é citado constantemente por trabalhadores que ampliaram sua formação em serviço.

De acordo com os trabalhadores, nas capacitações de curta duração são abordados temas que perpassam a realização do trabalho e a promoção da saúde da população. São por eles classificados como cursos de atualização aqueles destinados a explicar o manuseio de novas ferramentas de trabalho (sistemas de inserção de dados, vacinas, larvicidas etc.), e que trazem informações sobre novas demandas da área coberta pela equipe (febre chicungunha e zika vírus, por exemplo). Os cursos cujos conteúdos têm a ver com a promoção da saúde abrangem temáticas pertinentes à atenção básica, como saúde da mulher, cuidado ao idoso, hipertensão, diabetes, entre outros.

Ainda que alguns trabalhadores tenham se referido ao Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus) como uma das formações oferecidas pelas instituições, apenas um número reduzido citou ter passado por capacitações sobre a Estratégia Saúde da Família e seu funcionamento. Além disso, pode-se perceber que raramente são ofertados cursos com conteúdos específicos de determinado campo científico profissional. Nesse sentido, cabe sublinhar duas situações encontradas durante a pesquisa. A primeira consiste no fato de que existem equipes em que as palestras são ministradas, ao mesmo tempo, para os trabalhadores e para os membros da comunidade. Entre os profissionais, têm um caráter de qualificação. Já para os usuários, são entendidas como atividades de promoção e educação em saúde.

A segunda situação diz respeito à significativa presença de lógicas de formações em que o trabalhador assume o papel de multiplicador de conhecimento para os demais profissionais da equipe. Isto é: a equipe se divide por escala e seleciona um técnico para participar presencialmente das capacitações, e ele fica responsável por passar as informações aprendidas aos colegas. A maior incidência deste tipo de organização foi verificada entre os ACE, em alguns casos podendo ser identificada como a única forma de capacitação disponível. Assim,

em última instância, podemos inferir que a formação continuada implementada no âmbito das eSF assume contornos de atividades de educação em saúde para trabalhadores da saúde, que devem se portar como multiplicadores do conhecimento, tanto na unidade quanto no território.

Esse dado da pesquisa reafirma a formação continuada em saúde como um processo central para a qualificação dos trabalhadores técnicos e, conseqüentemente, para a qualificação da atenção básica no país. Vale lembrar que o dado se relaciona, diretamente, com um dos principais pressupostos do Sistema Único de Saúde: o de ter profissionais com capacidades relacionais e ético-políticas cada vez mais próximas da vida dos usuários, e de serem capazes fomentar, na população, a autonomia em saúde. Ao mesmo tempo, a demanda por parte dos técnicos, pela oferta de capacitações, vai de encontro à tendência social de naturalização do trabalho em saúde, de níveis fundamental e médio.

Como aspectos negativos da organização da formação continuada, os técnicos citaram a escassez na oferta de cursos, a ausência de capacitações mais longas e a falta de temáticas específicas das categorias profissionais.

b) Questões de estudo quanto a práticas, saberes e competências profissionais

b1) Qual o escopo ou o âmbito de práticas?

Essa questão foi abordada, no relatório, especialmente no que se refere às possíveis transformações no escopo de práticas dos trabalhadores. Conforme discutido no item 4.3 deste relatório, sobre “Práticas dos trabalhadores técnicos das equipes de Saúde da Família”, a finalidade de estudar o escopo ou o espectro de práticas desses técnicos foi, mais do que confirmar que o processo de trabalho das eSF se orienta pela regulamentação da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab, 2010), verificar possíveis mudanças nesse escopo, mediante inclusão ou exclusão de práticas.

Nas entrevistas, foi pedido aos trabalhadores que descrevessem sua rotina de trabalho, destacando as atividades que realizam e que não são de sua atribuição e as que seriam de sua responsabilidade e não são executadas por algum motivo. A partir das respostas, foi possível identificar em que medida as atividades dos técnicos de saúde nas eSF estão em consonância com as orientações da Política Nacional de Atenção Básica, bem como a existência de desvios de função nas equipes e suas causas.

Em linhas gerais, verificou-se que a organização do trabalho e as ações realizadas pelos técnicos de saúde nas eSF são coerentes com a definição de atribuições posta pela Pnab. Observou-se êxito, sobretudo, no que diz respeito às atividades de promoção e educação em

saúde, cuja centralidade foi enfatizada por todas as categorias profissionais. Mais do que ações isoladas, atuações no sentido de orientar a população acerca dos temas de saúde perpassam todas as práticas profissionais, e aparecem como um dos eixos estruturantes do trabalho realizado nas eSF.

Outro grupo de atividades que chama a atenção por ser central à realização do trabalho, e que se expande entre as práticas de todos os membros da equipe, são aquelas de cunho burocrático e administrativo. O preenchimento de fichas, a elaboração de relatórios e a entrada de dados da produção em sistemas de informações do SUS aparecem como responsabilidade de todos os profissionais, e ocupam parte significativa da rotina de trabalho.

Ainda que a maioria das atividades dos técnicos esteja em consonância com as orientações da política, situações reconhecidas por eles como desvios de função também foram relatadas. Tanto no caso em que os trabalhadores fazem atividades que não estão previstas no escopo de suas atribuições, quanto naquele em que deixa de realizar suas tarefas por questões organizacionais da equipe, os desvios de função estão relacionados a problemas estruturais do sistema público de saúde brasileiro.

As ocasiões em que trabalhadores são deslocados de sua função original para realizar outras atividades estão associadas à insuficiência de pessoal alocado nas unidades básicas de saúde, para dar conta do volume de trabalho e de todos os serviços demandados pelos atendimentos. Foram muitos os casos relatados em que o profissional é mobilizado a cumprir turnos na recepção, atendendo telefonemas e organizando filas, ou executar tarefas de almoxarifado. Com menos frequência, também foram identificadas situações em que os técnicos fazem tarefas burocráticas (como preenchimento de fichas e a finalização de relatórios da produção), sob a alegação de sobrecarga de trabalho do outro profissional. Essas atividades caberiam, na verdade, a outros membros da equipe, como os chefes.

O caso dos ACS merece destaque. Isso porque grande parte da categoria não reconhece como legítima a atividade de digitar os dados da sua produção (número de visitas, cadastramento de usuários junto ao SUS etc.) no sistema informacional. Segundo os profissionais, a ação configura desvio de função, inclusive porque os impede de estar no território, lugar tido como genuíno para o exercício do ofício. Se levada em conta apenas a redação da política, a prática citada pelos ACS não pode ser considerada irregular, uma vez que está vinculada à atribuição de cadastrar todas as pessoas de sua microárea, e manter os cadastros atualizados (Pnab, 2010). No entanto, o fato carece de maior questionamento, uma vez que os

trabalhadores relatam que, dado o tempo que permanecem em frente aos computadores, que nem sempre são em número suficiente, há redução na qualidade e na quantidade de visitas.

Quanto à existência de ações que os trabalhadores consideram de sua atribuição, mas que não realizam, estão associadas à falta de recursos para o trabalho, sejam materiais para procedimentos, medicamentos ou infraestrutura da unidade. A maior frequência dessas situações é encontrada entre os trabalhadores da saúde bucal. São comuns os relatos em que esse técnico deixa de realizar atendimentos, para os quais está habilitado, por conta da falta de espaço e de equipamentos disponíveis na sala da equipe.

Como foi constatado, as tarefas prescritas e realizadas seguem uma tendência nas vinte equipes investigadas, confirmando a orientação pela Pnab. O mesmo não ocorre com as duas classificações seguintes, sobre as tarefas não prescritas e realizadas e sobre as prescritas e não realizadas. Parte da inclusão ou da exclusão de práticas ocorre de forma própria nas equipes investigadas, tendo relação com as especificidades das demandas dos usuários, das características socioeconômicas do território, das relações de poder entre os profissionais que exercem função de gestão (gerentes da unidade e coordenadores da equipe), assim como entre os profissionais de nível superior (em especial o médico) e o conjunto da equipe. Não foi objetivo da pesquisa tratar das especificidades; por isso a abordagem como hipótese, que pode ser verificada ou não em outras investigações. As seguintes conclusões foram obtidas.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os agentes comunitários das unidades de saúde da família pesquisadas percebem várias atividades que realizam como tarefas não prescritas. Em relação ao conteúdo e ao escopo do trabalho realizado, as principais atividades assim identificadas podem ser classificadas como administrativas ou burocráticas, de enfermagem (ou de farmácia), de vigilância, de informação ou comunicação, de assistência e de limpeza. Com menor participação nos achados da pesquisa, atividades de orientação aos usuários e práticas que remetem a processos educativos, historicamente atribuídos aos ACS, foram também sinalizadas como não prescritas, mas em situações bem circunscritas.

As atividades administrativas ou burocráticas incluem a recepção dos usuários na unidade de saúde, a separação de prontuários, a organização da ordem dos usuários para o atendimento de enfermagem, o agendamento de consultas, a realização de chamadas telefônicas para encaminhamento de usuários para unidades de referência, o recebimento de material e equipamentos e a organização do espaço administrativo. Em geral, são realizadas em função da

ausência do trabalhador da recepção e, por vezes, integram a dinâmica do processo de trabalho, especialmente, a recepção de usuários, também conhecida como acolhimento, e a separação de prontuários. Vários dos trabalhadores entrevistados consideram esse tipo de atividade um desvio de função, ainda que o acolhimento conste na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab, 2002a) como uma atribuição comum a toda a equipe da Estratégia Saúde da Família.

Fonseca (2013) destaca o acolhimento como um espaço importante de interação dos ACS com o usuário e suas demandas, cujo resultado, seu atendimento ou não, pode implicar o fortalecimento ou a fragilização da adesão desse usuário às práticas de saúde e aos modos de acessá-las. O acolhimento/recepção é apresentado pela autora como um momento no qual os ACS vivenciam dúvidas, problemas e tensões, principalmente quando a demanda do usuário não pode ser acolhida pela unidade e os ACS precisam apresentar e justificar a negação do atendimento. É o caso de municípios pesquisados, nos quais os ACS entrevistados relataram o seu desconforto em ter que justificar a falta de material e insumos para os usuários que chegam à unidade. O acolhimento é, conseqüentemente, um lugar/espço revelador das falhas do sistema de saúde em realizar a atenção universal e integral. (FONSECA, 2013).

As atividades de enfermagem (ou de farmácia) podem ser realizadas como parte da divisão de tarefas no interior das equipes ou em substituição de um profissional ausente ou em falta. Dentre essas atividades, foram indicados: o preparo de bolinhas de algodão, a dobradura de gazes, a organização da farmácia, o armazenamento e a dispensação de medicamentos.

Entretanto, há atividades de enfermagem realizadas em situação de emergência, como a prestação de socorro em casos de sufocamento de um bebê ou de uma pessoa idosa. Outras são motivadas por necessidades de saúde dos moradores, como a aferição de pressão de idosos e hipertensos, a aplicação de insulina e injeção e a realização de curativos em idosos e acamados. Em geral, tais atividades são realizadas no âmbito da comunidade, fora do horário de trabalho do agente e de funcionamento da unidade de saúde, sendo fortemente baseadas na relação de solidariedade que os agentes desenvolvem com os seus vizinhos. Foram mais frequentes à época da participação no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo interdidas a esses trabalhadores ao ingressarem no PSF.

Cabe destacar que, diante das normas vigentes (a legislação profissional e a Pnab), a ocorrência de práticas de enfermagem realizadas por agentes comunitários de saúde configura desvio de função. Entretanto, a realidade tem demonstrado a sua necessidade, especialmente nos casos de pessoas idosas e acamados, cujo deslocamento frequente até a unidade para atividades de controle e prevenção, como a aferição de pressão ou a testagem de glicose, é

muito difícil e penoso, ou em situações nas quais os primeiros socorros podem evitar o risco de morte. A esse respeito, devem ser considerados o horário de funcionamento e as dificuldades geográficas de acesso ao serviço de referência.

Além disso, deve-se considerar que vários agentes comunitários de saúde são egressos do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e, portanto, têm capacitação técnica para a realização de alguns procedimentos que, no cotidiano das comunidades, muitas vezes, são feitos por leigos ou cuidadores sem qualificação.

Nas unidades de saúde da família, as atividades de farmácia têm sido desempenhadas pelos trabalhadores de enfermagem e, em caso de ausência ou alegada sobrecarga de trabalho desses profissionais, são transferidas para os agentes comunitários de saúde (ACS).

Na área da vigilância, os agentes comunitários de saúde têm sido convocados para atuar no combate à dengue, participando de campanhas de combate ao mosquito *Aedes aegypti* junto com os agentes de combate às endemias (ACE), assim como realizando a identificação de focos do mosquito nas suas atividades cotidianas. Essas atividades são apontadas como exemplo do fato de os ACS estarem permanentemente incorporando novas atribuições ao seu trabalho.

Os agentes comunitários de saúde também reconhecem como não prescritas, porém realizadas, atividades de informação ou comunicação entre a unidade de saúde e outras instâncias da gestão municipal, como também a informação ou entrega de documento da unidade para os usuários. No primeiro caso, encontram-se: a comunicação com a gestão municipal para solicitar a realização de cursos, como é o caso da necessidade de qualificação em relação aos casos de microcefalia, a solicitação de atendimento de emergência (Samu, por exemplo), providências junto à secretaria municipal de saúde para a obtenção do Cartão SUS para crianças, denúncia de casos ao Conselho Tutelar e de situação de violência contra idosos.

No caso da comunicação com a comunidade, foi considerada não prescrita a entrega de receitas ou outros documentos, especialmente quando é feita para usuários residentes fora da microárea de referência do ACS ou quando acontece fora do seu horário de trabalho. A extrapolção do horário e do local de trabalho foi um dos critérios adotados pelos ACS para a definição de atividades não prescritas e, nessas situações, inclui-se o atendimento a situações de urgência como as já descritas.

A entrega de medicamentos nos domicílios também figurou como atividade não prescrita em uma das unidades pesquisadas, o que suscita a reflexão sobre o modo como essa tarefa está sendo atribuída aos ACS, a sua frequência, o motivo alegado e o sentido construído

para a sua realização por esse trabalhador. Trata-se de uma prática que facilita o acesso dos usuários ao medicamento em situação de dificuldade de deslocamento ou de adesão ao tratamento? Integra a rotina do Tratamento Diretamente Observado? Tem finalidade educativa, isto é, a entrega do medicamento é planejada como uma oportunidade de orientação e educação em saúde? Foi discutida com os ACS, em equipe? Essas perguntas são importantes especialmente porque, na fala do ACS da unidade em tela, a medicação assistida foi reconhecida como uma atividade de sua responsabilidade⁹.

Especificamente no tocante à produção de informação, o registro em prontuários e o preenchimento de cartões de saúde foram apontados como atividades não prescritas por ACS de duas unidades pesquisadas. Note-se, entretanto, que essas podem ser justificadas, por exemplo, na Lei 11.350 (BRASIL, 2006) que inclui entre as atividades dos ACS “o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde”.

Outro âmbito de atividades consideradas não prescritas e realizadas diz respeito às ações solidárias que os ACS realizam, geralmente, com caráter assistencial, incluindo o apoio material aos usuários. Um exemplo dado foi o cuidado com a alimentação de um usuário diagnosticado com tuberculose que certa ACS acompanhava durante a DOT (Estratégia do Tratamento Diretamente Observado). A ACS assumiu a responsabilidade pela oferta de alimento para o usuário que não dispunha de condições financeiras para se alimentar adequadamente, assim como mobilizou pessoas da família para fazê-lo na sua ausência.

Algumas atividades que geralmente remetem a processos de educação em saúde foram também sinalizadas como atividades não prescritas, porém realizadas. Entre elas, encontra-se referência à entrega de preservativos, à participação em atividades educativas sobre temas da vigilância sanitária, à participação em campanhas de vacinação e à orientação a mulheres sobre seus direitos. Tais referências indicam a necessidade de se observar como essas atividades estão sendo planejadas e conduzidas e de se verificar o papel atribuído aos ACS, especialmente na

⁹ Segundo o Manual Técnico de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002), a ingestão assistida dos medicamentos deveria ser feita pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e/ou membro da família devidamente orientado para essa atividade, de modo a contemplar três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana, até o final do tratamento. Entretanto, em documento mais recente, Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de enfermagem (BRASIL, 2011), supervisionar a tomada de medicamento figura como uma atribuição específica sugerida ao ACS e planejada pela equipe.

interface com o trabalho dos agentes de combate a endemias, cuja atuação, em geral, ainda não está integrada às equipes de Saúde da Família.

Os ACS também apontaram a participação nas caminhadas com os usuários idosos, hipertensos ou diabéticos como uma atividade não prescrita. Em certo município, foi dito que essas atividades acontecem às 6h e às 18h, horários que excedem o período diário de trabalho dos ACS, que geralmente se dá entre 8h e 17h. Aqui é importante investigar: se a participação do ACS se dá de forma obrigatória; como ele se insere na atividade e com qual finalidade, lembrando que a prática de exercício físico não se encontra no rol de suas atribuições.

A organização do trabalho de outros profissionais no território foi destacada em um dos municípios como uma atividade não prescrita e desempenhada pelos ACS. Entretanto, o conhecimento dos territórios em que atuam e das relações nele estabelecidas é valorizado como atributo do ACS para o seu trabalho desde o PACS.

Com a finalidade de viabilizar o atendimento das pessoas de seus territórios, os ACS estabelecem relações com outros serviços, por exemplo, se articulando com a central de marcação de exames ou se responsabilizando por solicitar o serviço de emergência, quando necessário, em função de sua “legitimidade” (sic) junto ao setor. Extrapolando as relações Serviços-ACS-comunidade para outros âmbitos sociais, foi apresentada uma situação em que o ACS fez contato com político da região para obter ajuda para a internação de um usuário.

Finalmente, em dois municípios, os ACS relataram que assumem a limpeza das unidades quando a trabalhadora de Serviços Gerais está ausente por motivo esporádico, como falta ao trabalho ou rotineiro, como férias e licença.

Nesse contexto do trabalho não prescrito, porém realizado, chama a atenção a variedade de atividades que podem ser atribuídas aos agentes comunitários de saúde e o fato de corresponderem a processos de trabalho de complexidade variada e requisitos formativos distintos. Uma explicação possível para essa situação de múltiplas atividades que extrapolam o rol de atribuições reconhecidas pelos ACS pode ser a fragilidade do processo de profissionalização desses trabalhadores. Apesar de dispor de legislação que regulamenta a profissão desde 2002, com a Lei 10.507, substituída pela Lei 11.350 em 2006 (BRASIL, 2002b e BRASIL, 2004), a categoria ainda não logrou obter uma formação que a habilite profissionalmente, conforme propõe o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004 (BRASIL, 2004).

Essa baixa profissionalização se expressa também na generalidade que marca os enunciados tanto da Lei 11.350, quanto da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), no que diz respeito às atribuições dos ACS na Estratégia Saúde da Família. A Pnab, por exemplo, afirma que “é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima”, o que alarga o horizonte de possibilidades para o trabalho desta categoria. (BRASIL, 2012, p. 50).

Em geral, pode-se dizer que tanto as normatizações vigentes, quanto as relações construídas no âmbito das equipes, são fatores que influenciam a percepção dos ACS no reconhecimento das atividades realizadas como não prescritas ou desvios de função.

Técnico em Enfermagem (TEEn)

Os técnicos de enfermagem das unidades de Saúde da Família pesquisadas demonstraram que o seu trabalho se caracteriza por ser dividido em amplas áreas. Por exemplo, um técnico é responsável por cada setor inerente aos procedimentos e práticas de enfermagem, como sala de imunização, sala de curativos, sala de procedimentos, sala para administração de medicamentos. Conseqüentemente, a maior parte do tempo de trabalho do TEEn ocorre no interior da unidade, com pouca interação com famílias e comunidade.

Dentre as atividades prescritas e realizadas, grande parte delas é referente aos procedimentos e técnicas regulamentadas pela lei do exercício profissional e pelos conselhos estaduais e o federal. Podemos citar a aferição de sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura), aferição de dados antropométricos (peso, estatura, IMC e circunferência abdominal), administração de medicamentos, realização de curativo, retirada de pontos cirúrgicos e técnicas e procedimentos de imunização, entre outros.

Também observamos atividades de acordo com a demanda espontânea, como classificação e triagem dos usuários para atendimento médico e de enfermagem, realização de atendimento pré-hospitalar e técnicas de primeiros socorros. As ações de educação em saúde ocorrem durante a realização e a participação dos grupos específicos (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde mental, hipertensão e diabetes). A atribuição de participar de gerenciamento dos insumos da unidade é observada nas atividades de solicitação, recebimento, armazenamento e controle de materiais, bem como nas atividades de esterilização e lavagem de instrumentais. Os técnicos relataram também a participação em atividades de capacitação e afirmaram que mais cursos são necessários.

Observamos atividades que se encaixam nas atribuições comuns a todos os profissionais da ESF, de acordo com a Pnab. São elas: participar do acolhimento, realizar visita domiciliar, promover busca ativa de usuários, faltosos ou de quem está com o calendário vacinal atrasado, participar das reuniões de equipe, registrar as atividades nos sistemas de informação.

Já em relação às atividades consideradas como desvio de função, foram citados: atuar na farmácia com a dispensação e orientação de medicamentos; dirigir para a unidade na falta do motorista, fazer marcação e agendamentos de consultas médicas e exames, limpar a unidade na falta de equipe de serviços gerais, realizar cateterismo vesical e coleta de exame Papanicolau, prescrever medicamentos e, a mais prevalente, trabalhar na recepção da unidade. Alguns profissionais não estão cadastrados como TEn no CNES.

Trabalhadores da Saúde Bucal (TSB)

Os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família da pesquisa mostraram que suas tarefas perpassam o ambiente físico da unidade (sala odontológica e a própria unidade) e o ambiente externo, tendo interação com os usuários em todos os espaços. As tarefas prescritas englobam tanto as atividades da Lei de Regulamentação quanto as da Pnab, como: auxiliar e instrumentalizar a cirurgiã-dentista; remover sutura; aplicar flúor; fazer profilaxia; auxiliar a dentista nos atendimentos do consultório; organizar o equipamento e o material que será usado nas consultas; realizar atividade de educação em saúde; esterilizar o instrumental; fazer visitas domiciliares; realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; fazer busca ativa de famílias; participar de reuniões de equipe; e registrar as atividades nos sistemas de informação.

Dentre as tarefas não prescritas e realizadas destacam-se: fazer tartarectomia supragengival; promover encaminhamentos às especialidades; comunicar agendamento por telefone; ajudar a técnica de enfermagem nas visitas domiciliares, uma vez que os membros da Equipe de Saúde da Família fazem estas tarefas em conjunto; auxiliar e instrumentalizar o dentista do Centro de Especialidade Odontológica (CEO); fazer atendimento em áreas rurais fora do perímetro de atuação, centro de especialidades e em outros postos de saúde; realizar atividades aos sábados, quando necessário.

Ao analisar as últimas tarefas supracitadas, salienta-se que a Atenção Básica de Saúde (ABS) estabelece uma rede de atendimentos e serviços que tende a ser o mais suficiente possível. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma delas e, sendo assim, deve-se considerar que, em locais onde há poucos profissionais, eles se revezam entre as unidades da

região para que a população tenha acesso a serviços e atendimentos de saúde e não seja prejudicada.

Em relação às tarefas prescritas e não realizadas, foram observadas: realizar atividades de promoção de saúde com mais frequência e atividades nas creches da Zona Rural; fechar o dente; fazer restauração e limpeza; suturar; realizar visitas domiciliares; fazer palestras; fazer profilaxia; promover escovação supervisionada na unidade; e participar de reuniões de equipe. Muitas dessas tarefas não são realizadas em virtude da falta de infraestrutura ou da falta de tempo por causa do excesso de demandas.

Os desvios de função observados na pesquisa, no que tange às tarefas dos profissionais de saúde bucal, se restringem às funções de enfermagem (aferir pressão arterial, entregar leite, preencher registros tanto do técnico quanto do enfermeiro, realizar pesagem, tirar medidas de pacientes e apoiar a enfermeira durante a puericultura), de farmácia (entregar medicamentos), de recepção (atender telefonemas e os usuários que chegam) e de auxiliar de serviços gerais (limpar o chão e fazer o café).

Agentes de Combate a Endemias (ACE)

Os agentes de combate a endemias (ACE) entrevistados apresentam, por meio de suas falas, o desenvolvimento de suas atribuições de trabalho, muitas vezes, pelo que é acordado na relação institucional com a gestão. Relacionam suas atribuições, quase sempre, aos problemas de saúde ou a campanhas temáticas de combate às endemias. De certa forma, não identificam muitas das atividades não prescritas e realizadas, entendendo que, se as atividades variam de acordo com os problemas ou agravantes de saúde da época, elas estariam relacionadas a este fazer. Ou seja, as campanhas temáticas definiriam as atividades e a prescrição delas para o profissional.

Em contraponto, alguns dos ACE pautam atividades, e as reconhecem como não prescritas e realizadas, nas esferas de comunicação (estratégias de abordagem ao usuário), administrativas (preenchimento de fichas), acompanhamento de metas e até de assistência à comunidade, quando da realização de eutanásia e enterro de animais doentes. Além de cumprir algumas demandas ou favores por parte das chefias imediatas, com obediência à hierarquia.

Se por um lado se observa uma indefinição do fazer desse profissional frente à sua atuação desenhada por endemias, ou por área de atuação, por outro, se nota muitas possibilidades de atribuir fazeres ao ACE e um desconhecimento de suas reais atribuições frente à Estratégia Saúde da Família. Dada a singularidade dos contextos históricos, sociais e

econômicos em que se materializaram, é necessário um direcionamento de atividades para situá-lo nos contextos em que atua, tendo como referência as diferenças de escala populacional e a situação de saúde dos municípios. Esse direcionamento permitiria a estruturação dos serviços em relação à rede de atenção à saúde, reconhecendo o ACE como profissional da área de Vigilância em Saúde.

Teixeira, Paim, Vilasboas (1998) nos ajudam a entender o cerne dessas dificuldades operacionais quando afirmam que, para a organização da vigilância em saúde na perspectiva de novas práticas sanitárias locais, será preciso efetuar análises contextuais que possam redefinir os sujeitos, os objetos, os meios, o trabalho e a própria organização do processo de trabalho de acordo com as necessidades e os problemas dos territórios.

Neste sentido, a reorganização do modelo de atenção integral propõe uma readequação das práticas do ACE. No entanto, o que se percebe é que esse profissional se insere na rede de forma periférica, fragmentada e desarticulada. Isso ocorre em função dos atuais modelos operacionais, que se estruturam muito referenciados ou limitados às ações de inspeção e de campanhas direcionadas, de acordo com agravos territoriais como dengue, zika e doença de chagas, por exemplo.

A complexidade também é percebida quando se verificam os diversos cargos que esses profissionais de nível médio ocupam. São denominados agentes, fiscais, técnicos de vigilância sanitária, inspetores, auxiliares, técnicos de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, agentes de saúde, de combate a endemias, de saneamento, supervisores de área, entre outros (Batistella, 2009).

A inclusão do agente de endemias nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para além das outras situações em que se insere se junta à indefinição do campo de atuação desse profissional, em relação a competências e funções. As práticas e a organização do trabalho são espaços em disputa, tornando evidente a necessidade de se contextualizar a formação em vigilância em saúde, tendo em conta que os processos de trabalho não são uniformes e, sim, multifacetados, e ocorrem em diferentes contextos políticos, institucionais e organizacionais.

No âmbito da gestão municipal, pode ser observada a complexidade teórica, técnica e operacional que se faz presente e é solicitada em cada ação e procedimento que exija proteger e promover a saúde. No entanto, em meio a um conjunto de funções e não definição de papéis, o que se vê é uma prática fragmentada e focalizada de atendimento ao consumidor-usuário ou a demandas.

b2) Quais saberes estão implicados nas práticas desses trabalhadores?

b2a) Que tipos e fontes de conhecimentos predominam na prática desses profissionais?

A análise demonstrou que a prática desses trabalhadores é constituída por conhecimentos de tipo científico, relacional e ético-político. Recordamos o exposto no item 3.2 deste relatório: o conhecimento de tipo científico refere-se às ciências que fundamentam a profissão/especialidade e às técnicas adequadas aos respectivos procedimentos; o conhecimento relacional se refere à forma como o trabalhador aborda/acolhe o usuário e como ele se relaciona com os membros da equipe; o conhecimento de tipo ético-político, por sua vez, é relativo a direitos e deveres do trabalhador no exercício da profissão, seja no âmbito das práticas (sigilo de informações do usuário, prudência em não realizar procedimentos que não sejam de sua atribuição) ou no âmbito da organização social/política. A prática é, fundamentalmente, fonte de conhecimentos relacionais e ético-políticos.

Quando a prática se torna fonte do conhecimento técnico-científico, isto ocorre principalmente mediante o critério de eficácia e não de coerência da validade do conhecimento. Em outras palavras, o aprendizado de tipo técnico-científico que ocorre na prática normalmente objetiva que o trabalhador aprenda a fazer o que lhe é demandado não implicando, necessariamente, no aprendizado dos fundamentos do problema ou do procedimento. Este aprendizado ocorre frequentemente com colegas da equipe e também com o profissional de nível superior. Os trabalhadores da Saúde Bucal são os que mais se referem ao aprendizado com esse profissional.

Enfim, a análise permitiu inferir acerca da qualidade de ambas as fontes de conhecimento, pressupondo a necessidade de qualificação de ambas. Em outras palavras, é preciso que o trabalhador tenha uma boa formação, e essa formação contemple conhecimentos de todos os tipos. Ao mesmo tempo, que ele tenha um bom processo de trabalho, boas condições de trabalho, boas relações no interior da equipe, já que é um profissional que aprende com as duas fontes. No caso de ter fontes de conhecimentos ruins, terá também saberes profissionais limitados. Passemos a analisar esse fenômeno.

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Conforme demonstramos no item 4.4.2, os ACS das unidades de saúde da família pesquisadas manifestaram possuir conhecimentos dos tipos técnico-científicos, éticos políticos e relacionais no cotidiano de seu trabalho, sendo que suas fontes são diferenciadas. Entre os

conhecimentos técnico-científicos manifestados, se destacam aqueles relacionados aos seguintes grupos temáticos.

- Procedimentos/atividades de enfermagem (ou de farmácia).
- Ciclos de vida (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde do idoso), além da do grupo da saúde materno-infantil.
- Doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, com destaque para a hipertensão, a diabetes e as arboviroses (dengue, chikungunha e zika).
- Atividades administrativo-burocráticas.
- Diretrizes da ESF e atribuições dos ACS, em especial, visitas domiciliares, planejamento das atividades, acolhimento e humanização.
- Características do território e da população atendida.

Percebeu-se que, entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados pelos ACS, não há uma homogeneidade quanto a sua fonte (se a experiência ou a ciência), na medida em que a formação é a principal fonte de conhecimento dos grupos temáticos relacionados às atividades de enfermagem/farmácia, de promoção, prevenção e cuidado dos ciclos de vida e das doenças transmissíveis e não transmissíveis, e a experiência prática está atrelada aos grupos temáticos referentes às atividades burocrático-administrativas, às diretrizes da ESF, as atribuições dos ACS e às características do território e da população.

Apesar de relatarem possuir conhecimentos ligados à área de enfermagem, adquiridos em cursos de auxiliar ou técnico de enfermagem, em treinamentos com profissionais da equipe que trabalham na área, bem como na formação inicial do ACS, a utilização dos mesmos no cotidiano de trabalho não é uniforme entre esses trabalhadores. Vale ressaltar que muitos dos profissionais entrevistados participaram do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), adquirindo capacitação técnica para exercer este tipo de conhecimento. Em um dos municípios pesquisados, os ACS referiram ter solicitado à enfermeira da equipe um treinamento sobre a técnica de curativo e aferição de pressão, de forma que se sentissem capazes de realizar tais procedimentos quando da ausência dos profissionais da área enfermagem, em especial, nos fins de semana ou feriados.

Notou-se que existe um dilema na categoria relacionado à realização de curativo em domicílio e à aferição de pressão. As justificativas para realização ou não desses procedimentos se baseiam, por um lado, na ausência de profissionais de enfermagem e necessidade de assistência dos usuários nos momentos em que eles não estão (seja nos fins de semana, em dias

de folga, ou por sobrecarga de trabalho); por outro, nos limites das atribuições e no escopo de práticas de ambas as profissões, definidas nos instrumentos legais de regulamentação da profissão (Brasil, 1987; Brasil, 2002).

Além dos procedimentos tipicamente caracterizados como de enfermagem, enfatiza-se que os ACS têm desenvolvido, em alguns municípios, atividades da área de farmácia, com destaque para a tarefa de armazenamento e dispensação de medicamentos. Na maioria das vezes, o conhecimento relativo a essas atividades foi apreendido no cotidiano de trabalho, tendo em vista o compromisso que os ACS assumem com o atendimento daqueles usuários que chegam à unidade. Isto ocorre quando da ausência ou sobrecarga do profissional de enfermagem, que já realiza essas atividades por não existir um trabalhador da área de farmácia nas unidades de saúde analisadas.

Especificamente no tocante às atividades de promoção, prevenção e cuidados básicos referentes aos ciclos de vida e às doenças mais prevalentes (transmissíveis e não transmissíveis), a fonte mais comum de conhecimento foi a formação, destacando-se os cursos de capacitação específica – educação continuada –, oferecidos pelas secretarias municipais de saúde, e as informações adquiridas em reuniões de equipe e junto aos profissionais de enfermagem. Vale ressaltar que, neste grupo temático, alguns ACS demonstraram possuir conhecimentos no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário, apreendidos em processos formativos específicos, no formato de treinamentos no âmbito da unidade.

Ainda entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados pelos ACS, destacam-se as atividades administrativo-burocráticas (preenchimento de fichas de cadastramento e planilhas de relatórios mensais e a digitação de dados nos sistemas de informação), cuja principal fonte citada foi a experiência. No caso do preenchimento dos atuais sistemas de informação (e-SUS, Vitacare), em alguns municípios, o aprendizado da prática está associado a um curso de curta duração específico ou ao introdutório.

No que diz respeito ao conjunto de conhecimentos técnico-científicos sobre o que se denominou de diretrizes da ESF e atribuições e natureza do trabalho do ACS, os trabalhadores citaram as seguintes temáticas: acolhimento, vínculo e humanização; trabalho em equipe; características do território e da população; visitas domiciliares (VD's), em especial, a programação das VD's e as orientações a serem fornecidas aos usuários no momento do seu desenvolvimento; cadastramento familiar; mobilização social e planejamento das atividades. A formação associada à prática foi citada como a principal fonte de conhecimento para o aprendizado do acolhimento, humanização e vínculo; enquanto que a experiência adquirida no

cotidiano de trabalho, na vivência do território e na relação com os usuários foi identificada como a fonte principal dos conhecimentos acerca do território, população e visitas domiciliares. Sobre estes últimos conhecimentos, enfatiza-se sua importância no desenvolvimento do trabalho do ACS, seja na sua relação com a população e usuários dos serviços, seja na sua relação com a equipe, o que reforça ainda mais a necessidade de serem tratados nos cursos de formação.

No caso de conhecimentos relacionados ao âmbito da mobilização social, foi feita uma referência ao papel de mobilizador e liderança do ACS em questões que dizem respeito à garantia de direitos e acesso a serviços e programas das distintas esferas do governo para a população. Neste caso, o conhecimento relativo à noção de cidadania foi apreendido na experiência adquirida na gestão da associação de moradores local.

Enfatiza-se que grande parte das temáticas referentes aos conhecimentos técnico-científicos citados pelos ACS entrevistados está contemplada no Referencial Curricular para o Curso Técnico de ACS (Brasil, 2004). Entretanto, ainda são comuns as situações nas quais esses trabalhadores não possuem acesso ao curso técnico completo e, em alguns casos, até mesmo à formação inicial – etapa 1 do curso técnico.

Em relação aos conhecimentos do tipo relacional, os ACS manifestaram sua utilização predominantemente em situações que envolvem usuários e outros profissionais da equipe, apesar de também acioná-los em momentos em que necessitam se comunicar com profissionais da rede de atenção à saúde, incluindo os que compõem o NASF e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); com profissionais da rede de assistência social; com a gestão municipal de saúde; e com familiares, apoio comunitário e instituições do território. A experiência é a principal fonte do conhecimento relacional, tendo sido a formação pouco reconhecida enquanto espaço que abarca temáticas sobre a forma como se aborda o usuário e se relaciona com os membros da equipe. A participação em igreja, a convivência familiar e o cotidiano de práticas são citados como experiências significativas na apreensão desse tipo de conhecimento.

Cabe destacar que os ACS utilizam distintas formas de abordagem aos usuários, a depender da natureza das situações com que se deparam no cotidiano de seu trabalho, quais sejam: a resistência de um usuário a aderir a um tratamento; usuários expostos a situações de maior vulnerabilidade social; usuários que chegam ao território de atuação do ACS, desconhecem a ESF, e devem ser cadastrados; necessidade de abordar grupos sociais, especialmente a família, para ajudar no acompanhamento de algum usuário. Os ACS também citaram a recorrência de situações em que devem utilizar formas de comunicação com os usuários para explicar/justificar a falta de material, equipamento e profissional, a falta de

acolhimento de outros profissionais, a dificuldade de acesso a outros serviços, por serem referência para a população.

Em relação ao conhecimento ético-político, relativo aos direitos e deveres no exercício da profissão, os ACS manifestaram utilizá-lo tanto no âmbito de suas práticas cotidianas, em situações que envolvem diretamente os usuários e outros profissionais da equipe, quanto no âmbito da organização social e política, tendo em vista o reconhecimento das entidades representativas na luta pelos direitos da categoria profissional e nos acordos relativos aos direitos dos trabalhadores da categoria e da gestão municipal na condução da política de saúde local. No âmbito da prática, os ACS destacaram aqueles conhecimentos relativos ao seu escopo de práticas e os limites de sua atuação; à responsabilidade pela longitudinalidade do cuidado do usuário; ao compromisso com o trabalho do ACS; e com a atenção ao usuário. A principal fonte do conhecimento ético-político citada foi a experiência, adquirida no cotidiano de trabalho, na inserção prévia desses trabalhadores em movimentos sociais e no movimento organizado de trabalhadores.

Técnico de Enfermagem (TEn)

Apresentamos no item 4. 4.2 deste relatório que os Técnicos de Enfermagem (TEn) manifestaram usar conhecimentos dos tipos técnico-científicos, ético-políticos e relacionais no dia a dia de seu trabalho, sendo que as fontes desses conhecimentos são diferenciadas.

Entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados, destacam-se aqueles relacionados aos seguintes grupos temáticos.

- Procedimentos de enfermagem.
- Saúde da criança e saúde da mulher.
- Cuidados relativos a doenças crônicas (hipertensão e diabetes).
- Procedimentos e técnicas de imunização.
- Atividades de cunho administrativo.
- Diretrizes da ESF e atribuições do TEn, em especial: visitas domiciliares, acolhimento, humanização, trabalho em equipe e educação em saúde.

Entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados pelo TEn, há uma prevalência do processo formativo (ciência) enquanto fonte de conhecimento, na medida em que o curso técnico de enfermagem é indispensável e um pré-requisito para a atuação como TEn na ESF. Os conhecimentos do grupo temático “procedimentos de enfermagem” foram lembrados, sempre, como uma fonte de conhecimento advinda de curso técnico e cursos específicos.

Enquanto que os conhecimentos relativos às atividades administrativas e às diretrizes da ESF têm sua principal fonte no cotidiano de trabalho e/ou aprendizado com outro profissional, em especial o ACS, a enfermeira e o médico.

Os TEn entrevistados manifestaram conhecimentos técnico-científicos relacionados às ações de prevenção e às linhas de cuidado, tais como: saúde da criança, saúde do idoso, saúde da mulher e saúde do homem. A fonte mais comum desse tipo de conhecimento é a formação, com destaque para os cursos de capacitação específica oferecidos pelas secretarias municipais de saúde.

Chama a atenção a relevante presença de conhecimentos na prevenção e no controle de doenças crônicas, em especial hipertensão e diabetes, e em atividades como aferição de pressão arterial e realização da glicemia capilar. Os TEn sabem os respectivos valores de referência e fornecem orientações alimentares e medicamentosas aos usuários. Esses conhecimentos têm como fonte o curso técnico e cursos específicos.

Cabe destacar que o processo de trabalho do TEn na ESF é caracterizado por ser dividido em áreas de atuação, como, por exemplo, sala de vacina, sala de curativos, sala de procedimentos, sala de observação, e outras mais que necessitam do trabalho de enfermagem. Por conta disso, os conhecimentos variam para cada trabalhador, dependendo da sua área de atuação.

Uma boa parte dos entrevistados era responsável pela sala de vacina e demonstrou conhecimentos referentes à organização e ao preparo do ambiente (temperatura, sistema de refrigeração, armazenamento), solicitação, recebimento, armazenamento e controle de vacinas e outros conhecimentos sobre o programa de imunização. Alguns profissionais responsáveis pela sala de curativos demonstraram conhecimento quando às técnicas de curativos, coberturas utilizadas, avaliação de feridas, entre outras. Grande parte desses saberes é oriunda do processo formativo, com preponderante influência dos cursos específicos para cada área.

Ainda entre os conhecimentos técnico-científicos manifestados pelo TEn, merecem destaque aqueles referentes às atividades administrativo-burocráticas, tais como: abastecimento do sistema de informação da atenção básica, orientações e informações sobre a rotina da unidade, articulação dos encaminhamentos da unidade com a central de regulação de vagas, solicitação e controle de materiais (curativo, seringa, agulha, descarte para perfuro cortante), organização de prontuários e agendamentos. A principal fonte desse conhecimento é o cotidiano de trabalho.

No caso do conjunto de conhecimentos técnico-científicos, que engloba as diretrizes da ESF, os trabalhadores demonstraram relevância de saberes vinculados a visitas domiciliares,

acolhimento, humanização, trabalho em equipe e educação em saúde. A formação associada à prática foi citada como a principal fonte de conhecimento acerca do acolhimento e da humanização; enquanto que a experiência foi identificada como a fonte principal dos conhecimentos para o trabalho em equipe, educação em saúde e visita domiciliar.

Em relação aos conhecimentos do tipo relacional, o TEn manifesta seu uso, predominantemente, em situações que envolvem os usuários e outros profissionais da equipe. A experiência é a principal fonte desse tipo conhecimento, tendo sido a formação muito pouco reconhecida como espaço para as temáticas relacionadas à forma de como se aborda/acolhe o usuário e de como se relaciona com os membros da equipe.

O conhecimento ético-político é mobilizado na relação profissional-usuário com atitudes de valorização do saber do próximo, do não julgamento de usuários de drogas e traficantes e, acima de tudo, do comprometimento com a saúde do indivíduo. Esse tipo de conhecimento também tem relevância no que se refere à sua importância na ESF, no escopo de práticas e nas atribuições do TEn. Vale ressaltar ainda a manifestação de conhecimentos das relações de trabalho e organização política.

Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)

Sintetizamos, no item 4.4.3.1, que os Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) manifestaram conhecimentos técnico-científicos relativos aos seguintes eixos: cuidados básicos em enfermagem (aferição da pressão arterial); grupos prioritários (por ciclo de vida e doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis); processos administrativos; diretrizes gerais da Estratégia Saúde da Família (educação em saúde; trabalho em equipe; diretrizes gerais da ESF; visita domiciliar; planejamento; trabalho do ASB); população e território; rede de atenção; políticas e as políticas de saúde; e outros (processo saúde-doença e saúde do trabalhador).

Os conhecimentos relacionais envolvem situações com usuários; familiares, instituições e apoio comunitário; outros profissionais da equipe e da rede de atenção; e a gestão e a categoria profissional. Já os conhecimentos ético-políticos são: relação profissional-usuário; relação entre profissionais da equipe; relação profissional-rede de atenção e de assistência; atividade profissional; relações de trabalho e organização política dos ASB; e relação com a gestão.

Técnico em Saúde Bucal (TSB)

Em relação aos TSB, relatamos no item 4.4.3.1 que eles manifestaram conhecimentos técnico-científicos relativos aos seguintes eixos: cuidados básicos em enfermagem (aferição da pressão arterial); grupos prioritários (por ciclo de vida e doenças e agravos transmissíveis e não

transmissíveis); processos administrativos; diretrizes gerais da Estratégia Saúde da Família (educação em Saúde; trabalho em equipe; diretrizes gerais da ESF; visita domiciliar; planejamento; trabalho do ASB); população e território; rede de atenção; e outros (processo saúde-doença e saúde do trabalhador).

Os conhecimentos relacionais envolvem situações com: usuários; familiares, instituições e apoio comunitário; outros profissionais da equipe e da rede de atenção; e a gestão e a categoria profissional. Já os conhecimentos ético-políticos são: relação profissional-usuário; relação entre profissionais da equipe; relação profissional-rede de atenção e de assistência; atividade profissional; e relação com a gestão.

Na lista de conhecimentos manifestados do TSB, não aparecem, nos eixos temáticos dos técnico-científicos, as políticas e as políticas de saúde; e, nos eixos dos conhecimentos de tipo ético-políticos, também não são notadas as relações de trabalho e a organização política do TSB, como aparecem na lista do ASB. Todavia, no eixo temático grupos prioritários, em que se destacam as doenças de agravos transmissíveis e não transmissíveis (arboviroses, dengue, álcool e outras drogas e saúde mental), só são vistos nos conhecimentos técnico-científicos manifestados pelo TSB, da mesma forma que as práticas alternativas, complementares e integrativas, do eixo temático diretrizes da ESF.

Conforme adiantamos anteriormente, este trabalhador é um dos que mais indicam a prática como fonte de conhecimento técnico-científico, chamando a atenção para a articulação de tal fonte com a formação, quando referidos a esse tipo de conhecimento.

Agentes de Combate a Endemias (ACE)

Os ACE entrevistados apresentam conhecimentos dos tipos técnico-científicos, ético-políticos e relacionais no cotidiano de seu trabalho. Segundo os entrevistados, a fonte dos conhecimentos é gerada a partir de suas práticas no cotidiano do trabalho, sobretudo no território. É oportuno considerar que muitos desses profissionais apresentam poucos relatos de formação ou participação em processos de educação permanente vinculados às Estratégias Saúde da Família.

Assim, é necessário compreender de que modo o ACE articula, no processo formativo, um conjunto de elementos mobilizadores do trabalho, da aprendizagem e da cultura para fortalecer suas práticas de identidade profissional do sujeito. E, ainda, como se percebe e é percebido pelo sistema escola-serviço-comunidade no cenário político-institucional, no âmbito local.

Essa relação com os processos de trabalho, a fragmentação dos serviços e a divisão de tarefas é facilmente identificada nas fontes do conhecimento. É possível perceber que esse conhecimento, mesmo caracterizado como um conjunto de ações que objetiva controlar riscos e danos à população que vive sob a perspectiva do cuidado, compreendendo todas as ações desenvolvidas, na maioria das vezes isoladas e segmentadas na formulação e na organização das ações dos serviços de saúde, compromete os resultados de suas intervenções.

Alguns dos agentes de combate a endemias entrevistados relatam que, no início do exercício da função, fizeram cursos ou oficinas correspondentes a 40 horas, ou participaram de palestras temáticas, o que, para alguns, configura capacitação. Muitos ainda relatam participação no Programa Proformar¹⁰ como única capacitação, apesar de anos de atuação.

Os conhecimentos e suas fontes vão desde a comunicação com o usuário e as práticas de ações educativas em saúde até o conhecimento sobre doenças e suas especificidades. Isso assegura uma boa interação com os moradores, que demandam vários saberes. Saberes esses que são aprendidos em palestras e formações ou por vivências no território.

O território é também um espaço, mas com singularidades: sempre tem limites, que podem ser político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais. Internamente, é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção e, o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências, como de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidades da população que o habita e o produz socialmente (Gondim et al., 2011).

Outra característica observada é o vínculo desses profissionais e a relação deles com os processos formativos, capacitações e educação permanente. Quase sempre o vínculo é temporário e eles podem ter o contrato suspenso a qualquer momento, o que não firma uma continuidade ou confere garantia de qualificação para o serviço.

Essa realidade percebida nas condições dos trabalhadores reflete a precarização dos vínculos e dos serviços, que são flexibilizados, terceirizados e controlados pela lógica da

¹⁰O Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) foi iniciado em 1999, por meio de demanda do MS à EPSJV/Fiocruz. O objetivo era desenvolver uma proposta pedagógica de qualificação profissional para 24 mil guardas de endemias alocados no nível federal, de modo a cumprir, por um lado, com o preceito da descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças para estados e municípios por meio da Portaria MS/1399/1999 e, por outro, ampliar o olhar desses trabalhadores sobre as condições de vida e a situação de saúde das populações de territórios específicos.

acumulação do capital, lógica essa que orienta toda a cadeia produtiva, inclusive os serviços dos setores de saúde e educação.

Neste sentido, o processo de reorganização das ações passa pela formação e pelas fontes de conhecimento, ações compreendidas a partir de um modelo de atenção integral, propondo uma readequação de suas estruturas de atuação.

O resultado sobre os tipos de conhecimentos e suas fontes revela, cada vez mais, a intensificação das formas de extração do trabalho. Significa que o ACE vive o trabalho na sua forma precarizada, flexibilizada e terceirizada, segundo a qual noções de tempo, espaço e produção são afetadas, uma vez que se produz mais com menos trabalhadores mediante a incorporação tecnológica e a indefinição do fazer. E isso afeta substancialmente a organização do processo de trabalho dos profissionais.

b3) Quais modos de cognição predominam na equipe?

No item 3.2.1 deste relatório, desenvolvemos o referencial teórico sobre os saberes dos trabalhadores na perspectiva da cognição, abordando a mobilização cognitiva de tipo pragmático ou analítico dos conhecimentos advindos da prática e da formação, essas definidas como suas fontes. Tratamos, assim, dos modos de cognição que orientam o uso do conhecimento na ação (os saberes profissionais propriamente ditos) na perspectiva das dualidades da mente e do conhecimento (dualidade epistemológica). Recuperamos aqui a explicação de que o modo de cognição automático se manifesta no uso pragmático do conhecimento advindo da prática; o modo de cognição analítico, por sua vez, ocorre quando se faz uso analítico do conhecimento científico. Finalmente, o modo de cognição intuitivo/associativo se caracteriza pelo uso pragmático do conhecimento científico ou pelo tratamento analítico do conhecimento da prática.

A forma como reconhecemos os modos de cognição no exercício do trabalho foi a seguinte: a) se o trabalhador tende a executar suas tarefas somente com base na prescrição, predominam modos de cognição automáticos, pois ele processa pragmaticamente conhecimentos já consolidados na sua experiência¹¹, sendo as situações consideradas de rotina, na qual esse modo de cognição predomina; b) se o trabalhador faz ajustes na prescrição

¹¹ Uma nota aqui é importante. O que o trabalhador manifesta como sendo um conhecimento da experiência pode ter sido aprendido antes ou, também, numa formação. Mas o que fica registrado é o aprendizado da experiência, pois esse se tornou mais significativo do que quando (a princípio e/ou supostamente) aprendeu em curso ou treinamento.

conforme variações, imprevistos e desafios da situação, ele tende a processar analiticamente algum conhecimento da experiência ou, pragmaticamente, algum conhecimento científico.

Essa é a situação mais típica do trabalho dos técnicos na equipe da Saúde da Família, pois suas rotinas estão eivadas de imprevistos que exigem um comportamento de acordo com, pelo menos, dois elementos da tipificação de Eraut e Hirsh (2007), já comentados. Ou seja, o trabalho dos técnicos das eSF exige deles: a) avaliar os usuários e as condições de vida e de saúde da população adscrita, assim como monitorá-las; b) tomar decisões no âmbito de sua competência. Em situações em que existem tais elementos, não é possível ao técnico atuar predominantemente com o modo de cognição automático, pois é insuficiente para o enfrentamento da situação.

O fato de, por vezes, as decisões escaparem à sua competência, não é suficiente para que o trabalhador não faça ajustes para recolocar a situação no curso de sua competência ou atuar, de forma coadjuvante mas ativa, junto daquele que a tem. O contrário se manifesta quando, diante de uma situação em que o trabalhador não pode agir por escapar à sua competência, ele simplesmente transfere a ação e/ou a decisão a outro. Quando isto ocorre, infere-se que o modo de cognição orientador da ação do trabalhador é automático.

Já o modo de cognição analítico pode ser reivindicado em situações com os seguintes elementos, também presumidos por Eraut e Hirsh (2007): c) busca de acordo sobre o curso da ação em situações que permitam ou exijam mudanças, baseadas em reavaliações sempre que necessário (geralmente designado como reflexão profissional no curso da ação e a partir da prática); d) monitoramento metacognitivo interno ao grupo, referente ao progresso de problemas, projetos e situações (geralmente designado como reflexividade profissional sobre a ação). Nesses casos, o trabalhador questiona as prescrições e os procedimentos do processo de trabalho seu e da equipe (como mostra o indicador), explicitando, inclusive, tais questionamentos à equipe. Provavelmente predomina, aqui, o modo de cognição analítico, pois o trabalhador precisa de aporte científico para o questionamento, assim como o dispositivo mental de análise.

Como citado, o trabalho profissional com componente relacional, ou seja, aquele em que o técnico lida com alguém permanentemente, tende a ser pragmático, pois há que se produzir resultados no tempo esperado. Esse pragmatismo pode predispor mais ao utilitário, quando predomina o modo de cognição automático e o trabalhador executa suas tarefas sem estar preocupado em porque está agindo de uma forma e não de outra, com as implicações do que está fazendo etc. No entanto, isso não foi observado pela pesquisa. Na verdade,

predominam modos de cognição intuitivo/associativo, segundo os quais o profissional tende a relacionar teoria e prática de acordo com a situação que está vivendo. Os trabalhadores técnicos das eSF investigadas trabalham permanentemente fazendo ajustes. Portanto, processam analiticamente seu conhecimento da experiência e usam pragmaticamente o conhecimento da formação.

b4) Qual a qualidade dos saberes da equipe, considerando os modos de cognição que processam os conhecimentos?

A disposição de haver essa capacidade de relacionar teoria e prática em situação depende da qualidade das respectivas fontes de conhecimento. Ou seja, ser capaz de colocar em prática conhecimentos científicos por um lado e, por outro, ser capaz de analisar conhecimentos da prática em situação depende da qualidade das fontes de conhecimentos do trabalhador. Daí a necessidade de se qualificar o processo de trabalho e a formação. A pesquisa observou uma importante capacidade resolutiva das eSF, mas com heterogeneidade na qualidade de seus saberes, de um lado, em razão dos limites da formação inicial dos técnicos e, de outro, da insuficiência da formação continuada, tal como demonstrado no tratamento da primeira questão de pesquisa. A qualidade dos saberes da equipe depende, ainda, da qualificação do processo de trabalho, tanto referente às condições objetivas de sua realização, quanto de interações no interior da equipe e de relações ético-políticas no plano da gestão do trabalho, das políticas de saúde e das condições de vida da população em geral e da adscrita em particular. Dados sobre esses aspectos foram apresentados no item 4.1 deste relatório.

Quanto às condições objetivas da realização do trabalho, nota-se, em especial quando os trabalhadores se manifestam sobre as tarefas prescritas e não realizadas, que isto ocorre, normalmente, devido a problemas nessas condições. As relações ético-políticas com a gestão e com o sistema de saúde são pouco percebidas e discutidas pelos trabalhadores. No entanto, o problema da diversidade de vínculos trabalhistas, bem como o baixo nível de profissionalização de parte da equipe, associada a não significativa organização social e política desses trabalhadores (houve poucos depoimentos nesse sentido), assim como a escassa participação em instâncias de decisão da gestão municipal e do sistema de saúde, demonstram que tais relações ainda são insuficientes para qualificar a prática como fonte de conhecimentos.

Finalmente, cabe verificar os aspectos da interação no interior da equipe. A análise dos saberes profissionais, associada ao trabalho de equipe, implica observar se os conhecimentos tendem a ser mobilizados individualmente pelos trabalhadores ou se são compartilhados na

forma de uma cultura profissional. No primeiro caso, nota-se existir uma equipe do tipo agrupamento e, no segundo, do tipo integração. Nesses termos, passamos, então, à última questão de pesquisa.

c) Questões de estudo quanto às interações no interior das equipes

Identificou-se que o ideal de equipe multiprofissional em saúde – em que são considerados integrantes inclusive os trabalhadores da saúde bucal – é amplamente difundido entre a categoria dos ACS. Certamente, tal dado está associado ao conjunto de atividades por eles realizadas e descritas aos pesquisadores do projeto. Dentro do PSF, o ACS cumpre a função de articulador entre a comunidade e os serviços ofertados pela equipe de saúde e pelo próprio SUS. Dessa forma, sua prática perpassa as atividades de promoção e educação em saúde em conjunto com outros trabalhadores, a identificação de demandas de usuários e a transferência delas aos diversos setores da equipe, a realização de visitas domiciliares de caráter multiprofissional, entre outros. Em síntese, o cerne da função do ACS na eSF implica que esteja em contato e, mais que isso, realize o seu trabalho em conjunto com os demais trabalhadores da equipe. Além disso, é importante contextualizar o surgimento da ocupação em um momento da estruturação da atenção básica no país, em que se buscava romper com o modelo biomédico hegemônico, altamente marcado por fragmentação e especialização das práticas, o que já coloca esse profissional em um lugar diferenciado dentro da equipe.

Não foi identificada, dentre as demais categorias profissionais, unicidade quanto ao referencial de equipe multiprofissional em saúde. Na contramão, dois tipos de discurso se mostraram frequentes: o primeiro se refere ao não reconhecimento dos trabalhadores da saúde bucal como membros da eSF; já o segundo diz respeito à incorporação dos ACE nas equipes. Apesar do último não estar elencado na Pnab como um membro fixo da equipe, o MS vem levantando esforços no sentido de sua integração, com a finalidade de fortalecer as ações de vigilância em saúde na atenção básica (Brasil, 2010).

Foi significativo o número de profissionais que não reconheceram como integrantes da sua equipe os trabalhadores da saúde bucal; bem como foi relevante a frequência de trabalhadores da saúde bucal que não se identificaram como membros da eSF. Duas chaves de leitura complementares podem ser mobilizadas para discussão desses dados. A primeira consiste nas formulações teóricas acerca da especialização das práticas de saúde sob determinado domínio técnico-científico. Nessa perspectiva, ainda que desempenhando parcelas distintas de um mesmo processo de trabalho, que é coletivo e tem como objetivo a manutenção do bem-estar completo do usuário do SUS, estes trabalhadores ainda não teriam conseguido se

ver livres das forças históricas e sociais que os rotularam como pertencentes a campos de conhecimentos distintos.

A segunda possibilidade de interpretação emerge do cotidiano de trabalho verificado durante o estudo, em que foram encontradas situações nas quais uma mesma equipe de saúde bucal prestava atendimento para mais de uma eSF. Nessas ocasiões, os trabalhadores estavam diretamente identificados com o espaço físico da sala e com os procedimentos realizados, sendo posto o vínculo com a atenção básica em segundo plano.

No que tange ao pertencimento do ACE às equipes multiprofissionais, a investigação evidenciou que esse profissional não se reconhece como membro da eSF. Via de regra, esses trabalhadores identificam a sua equipe como sendo composta pelos outros agentes com quem dividem o território e pelo supervisor que, em geral, também é ACE por profissão. Em contrapartida, esse trabalhador também não é reconhecido pelas outras categorias profissionais como membro da eSF. Pode-se inferir que o fato tem origem na forma como se dá a organização e a divisão do trabalho nas equipes multiprofissionais, cuja articulação de ações entre o ACE e os demais membros é quase inexistente, como será discutido adiante.

As respostas dos técnicos, acerca do profissional com quem se relacionam mais intensamente, não apresentaram um padrão por categoria profissional. Os trabalhadores tendem a se relacionar mais intensamente com aqueles profissionais com quem dividem mais atividades cotidianamente, independentemente do cargo ou do nível de escolaridade. Por sua vez, essa configuração irá variar no contexto da supervisão e da organização do trabalho próprias das equipes. Tal fato vai ao encontro dos achados descritos acima e ratifica a ideia de que a realização de procedimentos em conjunto é fundamental para a construção da integração entre os profissionais.

A divisão do trabalho se apresentou nas equipes de forma bem definida e hierarquizada, segundo as categorias profissionais. A designação das funções é realizada pela chefia, geralmente corporificada na figura do profissional de nível superior supervisor da eSF. Ainda que alguns técnicos relatem a possibilidade de diálogo na definição da agenda de atividades, é evidente que essa se restringe a um escopo de atribuições pré-definido pela supervisão.

Em linhas gerais, pode-se afirmar que a configuração encontrada nas equipes apresenta como responsáveis o ACS, pela captação das demandas no território, pela transferência destas demandas à eSF, e pelo retorno das respostas da equipe até a comunidade; o técnico de enfermagem, pela realização de procedimentos junto aos usuários (aplicação de vacinas,

curativos etc.); o auxiliar de saúde bucal, pelo suporte aos atendimentos dos técnicos de saúde bucal e dos dentistas; e o técnico de saúde bucal, pela realização de procedimentos para os quais está habilitado. Nesse contexto, as atividades realizadas pelos ACS e pelos TEn são supervisionadas pelo profissional de nível superior da enfermagem, e os trabalhadores da saúde bucal são tutelados pelo dentista. Já os ACE são responsáveis pelo controle, pela identificação e pelo tratamento de focos de zoonoses no território e são supervisionados por profissional específico da área, mas suas atividades não são incorporadas ao cotidiano da eSF.

Como já posto, as atividades de promoção e educação em saúde e o trabalho administrativo, burocrático e informacional perpassam o cotidiano de todas as categorias profissionais estudadas, e podem ser concebidos como eixos estruturantes do trabalho em saúde na eSF. Seguindo na mesma direção, tentou-se identificar qual seria o cerne do trabalho em equipe de caráter multiprofissional, o que implicou na investigação acerca da gama de atividades realizadas em conjunto, pelos trabalhadores, e dos desafios e das possibilidades colocados para a efetivação deste tipo de trabalho.

Foram relatados três tipos de situações formais em que os trabalhadores atuam em conjunto na realização de uma atividade comum: as visitas domiciliares de caráter multiprofissional, cuja ocorrência foi verificada em todas as equipes; atividades e campanhas de promoção e de educação em saúde com a comunidade, mencionadas com menor frequência; e os grupos de acompanhamento de doenças crônicas e de gestantes.

É um dado que a divisão técnica do trabalho nas eSF implica na construção de relações hierarquizadas entre os profissionais. Isso porque essa fragmentação assume contornos de divisão social do trabalho (PIRES, 2009), em que conhecimentos e práticas são valorados segundo o seu lugar de aquisição no sistema educacional formal e na cadeia produtiva. Entretanto, foi possível perceber que, durante a realização das atividades multiprofissionais no território, ou seja, fora do espaço habitual da unidade básica de saúde, o caráter hierárquico imbuído na realização do trabalho tende a ser enfraquecido. Ao mesmo tempo, são as demandas do território e da comunidade que mobilizam mais intensamente os trabalhadores para a realização de ações coletivas, como no caso dos ACS e dos ACE, que relatam trabalhar em parceria em situações excepcionais.

Tal fato pode estar relacionado tanto à reclassificação de saberes nesses contextos, quanto à força que o espaço hospitalar tradicional exerce no sentido da afirmação de um trabalho em saúde fragmentado e polarizado. Ainda que a divisão técnica do trabalho persista e que as hierarquias não sejam completamente neutralizadas, evidencia-se que, no território, as

demandas relacionais do trabalho em saúde, como a criação de vínculos e a compreensão do modo de vida e das necessidades do outro, são postas em evidência. Nesse sentido, por exemplo, o ACS ganha status de peça central para a realização do trabalho e passa a ser reconhecido como tal. De todos os profissionais acompanhados, somente os ACS apresentaram frequência de cem por cento na realização de visitas domiciliares de caráter multiprofissional e, mais, alguns técnicos enfatizaram que precisam destes trabalhadores para acessar a comunidade.

Além disso, ações externas ao espaço da clínica mobilizam os membros da equipe em torno de um objetivo comum, e as atividades são mais facilmente reconhecidas como parcelas de um mesmo processo de trabalho – o trabalho em saúde, que tem por objetivo o bem-estar completo do usuário –, e não como procedimentos técnicos isolados alocados em setores.

As avaliações dos trabalhadores técnicos acerca do relacionamento entre a equipe foram positivas. Os profissionais reconhecem a existência de desentendimentos momentâneos, relacionados a divergência de opiniões no que diz respeito às decisões do trabalho e à realização das atividades. Entretanto, salientam que estes imbróglios logo são resolvidos por meio do diálogo. Nesse sentido, as reuniões se mostraram espaços efetivos para a resolução de conflitos e exposição de demandas do trabalho das diferentes categorias profissionais. As reuniões ocorrem semanalmente e são coordenadas pelo profissional de nível superior da equipe, contando, invariavelmente, com a presença da enfermeira e dos ACS. Excepcionalmente, as demais categorias profissionais não participam em função da carga de trabalho.

Assim, não apareceram como tendência as dificuldades associadas ao relacionamento ou à dinâmica do trabalho nas equipes. Ao contrário, foram citados frequentemente, como obstáculos para a realização do trabalho, os problemas estruturais do Sistema Único de Saúde e as complicações oriundas do relacionamento com os usuários. Entre os problemas, a falta de estrutura física e de materiais necessários à realização do trabalho; a insuficiência do número de profissionais; a longa espera que perpassa o sistema de referência e contrarreferência; a dificuldade de adesão às ações de saúde por parte da população; e as situações de vulnerabilidade social e violência nas comunidades.

Para além das soluções individuais, que foram citadas de forma dissonantes, foi verificado que, no caso de dúvidas, imprevistos ou problemas no trabalho, os técnicos têm como acordo tácito recorrer aos colegas da equipe e, sobretudo, à chefia. Os trabalhadores reconhecem e classificam as situações entre aquelas capazes de serem resolvidas com o auxílio de outro profissional e aquelas que demandam a orientação ou a ação direta da chefia. Nesse sentido, se pode afirmar que a autonomia para superação de situações no trabalho está

relacionada à tomada de decisões e à realização de atividades coletivas. Ao mesmo tempo, há limites reconhecidos para essas ações impostos pela divisão técnica do trabalho de caráter hierarquizado.

Porém, analisando o trabalho de equipe do ponto de vista do compartilhamento dos saberes, conforme informado anteriormente, não se pode dizer que a mobilização dos diferentes saberes é agregada ao trabalho em equipe. O que se observa é que o uso desses saberes é direcionado para atender às demandas de suas atribuições, mas não necessariamente para fortalecer e aprimorar o trabalho em equipe. Não se identifica, por parte dos profissionais, a percepção de que há fluxograma de funcionamento da Estratégia Saúde da Família, envolvendo ações de codependência de cada um deles para o funcionamento da estrutura desenhada. O pleno funcionamento da ESF depende de ações de acompanhamento aos usuários, nos territórios, praticadas pelos ACS. Paralelamente, é fundamental que as informações e *feedbacks* sejam dados pela equipe a esses profissionais, com a finalidade de obter ações mais assertivas sobre a abordagem aos usuários, busca ativa e acompanhamento dos grupos prioritários.

Portanto, embora as ações de todos os profissionais sejam executadas em prol do atendimento aos usuários, não se pode dizer que há um trabalho em equipe de forma coordenada, apesar de haver colaboração e cooperação entre os trabalhadores. No entanto, essa cooperação se confunde com os desvios de função e, neste âmbito, se distancia do sentido estrito do termo, na medida em que o processo colaborativo fica distorcido devido aos desvios verificados no decorrer do trabalho de campo.

Considerando as interações entre membros da equipe, não é possível visualizar um trabalho de equipe “integração”, ou seja, uma conexão voltada para a atenção aos usuários que contemple o reconhecimento dos saberes e práticas dos profissionais como indispensáveis ao aprimoramento da ESF. As interações na equipe têm limites e não se verifica, por parte da gestão, a promoção de ações para mitigar o problema, e garantir que a estrutura de trabalho em equipe planejada para a ESF funcione de forma efetiva e eficiente.

A ausência de uma planificação do trabalho em equipe interfere nas relações entre os trabalhadores, que não se veem reconhecidos pela gestão. Essa percepção se reflete no trabalho, pois, em todos os municípios pesquisados, foi observada a recorrência de desvios de função e a ausência de integração entre os diferentes profissionais. Isso afeta a execução do trabalho multiprofissional.

Numa avaliação do processo de trabalho das categorias profissionais, é possível inferir que há questões essenciais que necessitam ser encaminhadas para fortalecer o trabalho das equipes da ESF e, ao mesmo tempo, qualificar o atendimento aos usuários das UBS. São elas.

- Valorização e reconhecimento dos saberes dos diferentes profissionais e integração de suas propostas para o conjunto das ações. Ressalta-se que uma fala recorrente de diferentes profissionais foi a de que “*não se sente ouvido*”. Essa questão contribui para desmotivar os profissionais no engajamento à equipe, por não perceberem o interesse da gestão em ouvir suas opiniões.
- Melhoria e promoção de ações voltadas para a saúde do trabalhador.
- Capacitações e treinamentos para os profissionais (oficinas para troca de experiências, cursos na modalidade EaD), para facilitar e ampliar o acesso a novos conhecimentos e atender a um maior quantitativo de trabalhadores.
- Garantia de direitos trabalhistas para as diferentes categorias, visando à melhoria das condições de trabalho e à progressão na carreira, pois essas são formas de valorizar e recompensar os profissionais pelo bom serviço executado.

É importante considerar que o diagnóstico realizado pela pesquisa é exploratório e permitiu verificar que há muitos desdobramentos possíveis. É com essa expectativa que se tem tais indicações, com a clareza de que esse levantamento possibilitou conhecer, *in loco*, a realidade desses profissionais.

Nesse sentido, é fundamental que os desdobramentos da pesquisa propostos no Apêndice XVII possam ocorrer, num primeiro plano, mediante o retorno às equipes investigadas sobre os resultados obtidos, e em especial para oportunizar aos sujeitos o conhecimento sobre seus próprios saberes, o reconhecimento do valor de seu trabalho e a reiteração do compromisso com os usuários do SUS e a consolidação do direito universal à saúde. Importante, ainda, é obter meios para que os resultados possam ser divulgados amplamente, principalmente após nos voltarmos novamente para eles a fim de aprofundar e complementar análises que não foram possíveis constar do presente documento. Assim, seja pela possibilidade de reorganizar este relatório na forma de um livro, seja mediante artigos publicados em periódicos, apresentação de trabalhos em eventos científicos, dentre outros, todo esforço caberá para que esse trabalho potencialize a produção de conhecimento na área e a construção de políticas públicas consistentes.

Finalmente, há que se dizer que a quantidade de dados primários produzidos por esta pesquisa merece tratamento analítico, assim como algumas questões em aberto e/ou hipóteses produzidas pela investigação precisam ser construídas novamente como objeto de pesquisa. A perspectiva de que a presente pesquisa se desdobre em nova fase, por ser necessária, se espera concreta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOTT, A. *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1988.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. *Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):455-464, 2007.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2007.

BATISTELLA, C. E. *Tensões na Constituição de Identidades Profissionais a partir do Currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde*. 2009. 255f. Dissertação (Mestrado em ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009.

BRAGA, J. C.; PAULA, S. *Saúde e Previdência. Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRANTE, T. Professional Fields And Truth Regimes: In Scharch Of Alternative Approaches. *Comparative Sociology*, 9, 843-886, 2010.

BRASIL. *Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006*. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm. Acessado em: 10 de fevereiro de 2017.

_____. *Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002*. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=222432&norma=235057>. Acessado em: 10 de fevereiro de 2017.

_____. *Lei 8.080, 19 set. 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. *Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf. Acessado em: 10 de fevereiro de 2017.

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

_____. *I Conferência Nacional de Recursos Humanos*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. *I Conferência Nacional de Recursos Humanos*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. *II Conferência Nacional de Recursos Humanos*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. *II Conferência Nacional de Recursos Humanos*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012. (Série E. Legislação de Saúde Série

Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf

Acessado em: 10 de fevereiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010*. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias, ou dos agentes que desempenham essas atividades com outras denominações, na atenção primária à saúde, para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Acesso: 2 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica*. 6. ed. rev. e ampl. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_tuberculose.pdf. Acessado em: 10 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. *Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica – protocolo de enfermagem*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf. Acessado em: 10 de fevereiro de 2017.

CARIA, T. *A cultura profissional dos professores. O uso do conhecimento em contexto de trabalho na conjuntura da reforma educativa nos anos 90*. Porto: Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2000.

CARIA, T. “O uso do método etnográfico no estudo do trabalho e do conhecimento profissionais”, In Leonor Torres & José Palhares (orgs.). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais da Educação*. Vila Nova de Famalicão: Húmus, 39-64, 2014.

CARIA, T.; RAMOS, M. N. . *Professional Cultures and Knowledge: an interdisciplinary perspective*. In: Ana Maria Costa e Silva; Miriam T. Aparício. (Org.). *International Handbook of professional identities*. 1ed. California: Scientific & Academic Publishing, USA, 2015, v. 1, p. 66-90.

CASTRO, V. C. et al. Regulamentação e história dos trabalhadores administrativos na gestão da saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al (Org.). *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 149-178.

CHINELLI; F., LACERDA, A.; VIEIRIA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: DURÃO, A. V.; LOPEZ, M.; VIEIRA, M. (Orgs.). *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

CORÔA, R. *O trabalho no Sistema Único de Saúde: a construção da qualificação dos técnicos de saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais.

DEDECCA, C. S. *O trabalho no setor saúde*. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, 2008.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Boletim técnico do SENAC*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, se.t/dez.,

2001. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/273/boltec_273b.ht>. Acesso em: 15 nov. 2015.
- DURÃO, A. V.; MOROSINI, M. V.; CARVALHO, V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. *Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 119-159.
- EPSJV/Fiocruz. *Relatórios Técnicos*. EPSJV: Mimeo, 2014, 2015.
- EVANS, J. How many dual-process theories do we need? One, two, or many? Evans, J.; Franskish, K. In: *two minds: dual processes and beyond*. New York, Oxford Press, 33-54, 2009.
- EVANS, J. Dual-Processing Accounts of Reasoning, Judgment, and Social Cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 255–78, 2008.
- EVETTS, J. The sociological analysis of professionalism: occupational change in the modern world, *International Sociology*, 18, 395-415, 2003.
- ERAUT, M.; HIRSH, W. *The Significance of Workplace Learning for Individuals, Groups and Organisations*. New York, ESRC Centre on Skills, Knowledge and Organisational Performance, 2007.
- FONSECA, A. F. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde*. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2013.
- FORTUNA, C. M. *O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos*. Rev. Latino-Am Enfermagem 2005, março-abril; 13(2):262-8.
- GIRARDI, S. N. O perfil do ‘emprego’ em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(4): 423-439, dec. 1986. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n4/v2n4a03.pdf>> Acesso em: 21 jan. 2017.
- GONDIM, G. *Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes*. Tese de Doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fiocruz: Mimeo, 2011.
- _____. *Guia do aluno. Série didática do programa de Formação de Agentes locais de Vigilância em Saúde – Guia do aluno*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2003.
- GONDIM, G. et al. O Território da Saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda et al (Orgs.) *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.237-255
- LIMA, J. Trabalho e Educação Profissional em Saúde no Brasil. In: BRAGA, I. et al. *O trabalho no Mundo Contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/EPSJV, 2016, p. 219-266.
- _____. Breve História das Disputas em torno do Processo de Regulamentação Profissional e Educacional das Profissões em Saúde: do Brasil Colonial à Primeira República. In: MOROSINI, M. V. et al. *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p. 49-81.
- _____. *Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

- LIMA, J.; RAMOS, M.; LOBO NETO, F. Regulamentação Profissional e Educacional em Saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo. In: MOROSINI, M. et al. *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p. 83-119.
- LOUREIRO, A. *O trabalho técnico-intelectual em educação de adultos: contribuição etnossociológica para a compreensão de uma ocupação educativa*. Cascais: Sururu, 2008.
- MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C.F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- MATTA, G; FAUSTO, M.C.R. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V; CORBO, A.D (org). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.43-68.
- MATTA, G; MOROSINI, M.V. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, I. *Dicionário da educação Profissional em Saúde*. 2a. ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. P. 44-49.
- MOREIRA, J. Entre o ser e o fazer – formação técnica em vigilância em saúde no Estado do Ceará: um olhar na perspectiva da gestão e do estudante-profissional. Rio de Janeiro, 2016. 161 f.
- MOROSINI, M. V. *Educação e Trabalho em Disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2010.
- NOGUEIRA, M. *O processo histórico de formação da consciência política coletiva dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde a partir da experiência de organização da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde* [Projeto de Tese]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2014. 160f.
- NOGUEIRA, R.; SILVA, F.; RAMOS, Z. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador suis Generis – o Agente Comunitário de Saúde*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para discussão, nº 735).
- OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*, v. II. Rio de Janeiro: Tempo Universitária, 1991.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. Revista de Saúde Pública, 35(1): 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C.F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- PEREIRA, F. *Identidades e saberes profissionais no trabalho técnico em contextos associativos agrários de Trás-os-Montes e Alto Douro*. Cascais: Sururu, 2008.
- PIRES, D. Divisão Social do Trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C.F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- PIRES, D. *Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem*. São Paulo: Cortez Ed., 1989.
- RAMOS, M. *O estudo de saberes profissionais na perspectiva etnográfica: contribuições teórico-metodológicas*. Educação em Revista (UFMG. Impresso), v. 30, p. 105-125, 2014.
- SANTIAGO, G. E. *Formar para quê? Análise da proposta de politecnia e suas relações com a formação dos trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão do SUS*, 2010. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

SUN, R. *Duality of mind: a bottom-up approach toward cognition*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2002.

TEIXEIRA, C.; PAIM J. VILASBÔAS, A.L. *SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde*. IESUS, VII(2), abr-jun. 1998

VIEIRA, M. *Trabalho e qualificação no SUS e a construção dos modos de ser trabalhador nas organizações públicas de saúde*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ANEXOS E APÊNDICES

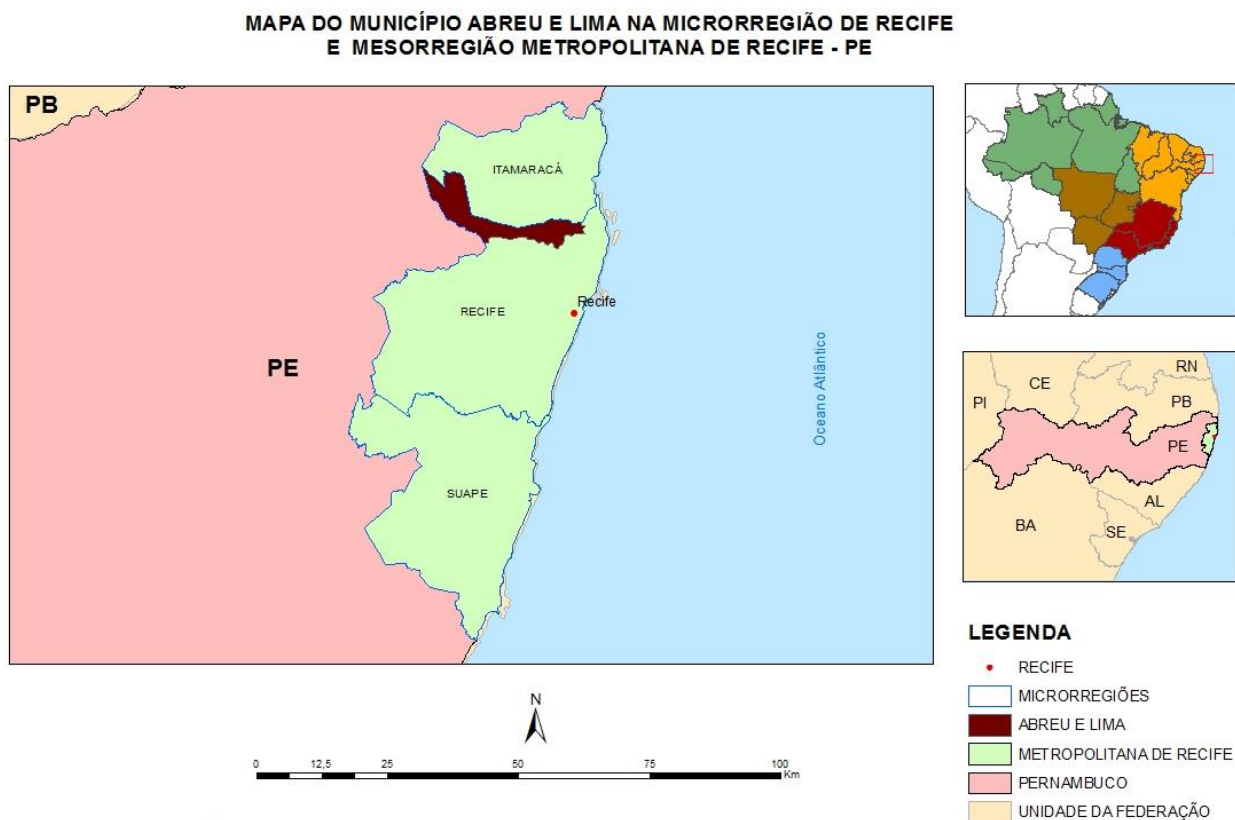
ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-EPSJV

APÊNDICE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ESPACIAL DOS MUNICÍPIOS INVESTIGADOS

1) Abreu e Lima (PE)

Abreu e Lima é um município brasileiro localizado no estado de Pernambuco, na sua porção leste. O município pertence à Mesorregião Metropolitana do Recife e à Microrregião do Recife. Pernambuco está localizado na Região Nordeste do país. Abreu e Lima tem uma área de 126,193 km² e é composto por apenas dois distritos: Abreu e Lima e Distrito Industrial.

A população de Abreu limense, em números, é composta por 98.990 habitantes. O IDH do município em tela, até 2010, é de 0,670, segundo o Censo 2010. O valor da incidência de pobreza de Abreu e Lima é de 62,48%, ou seja, alto índice de pessoas abaixo da linha de pobreza. Os serviços de saneamento básico oferecidos à população do município estão representados da seguinte maneira: apenas 43,3% da população recebem serviços de saneamento básico adequados; 3,3% inadequados; e 53,4% semiadequados.



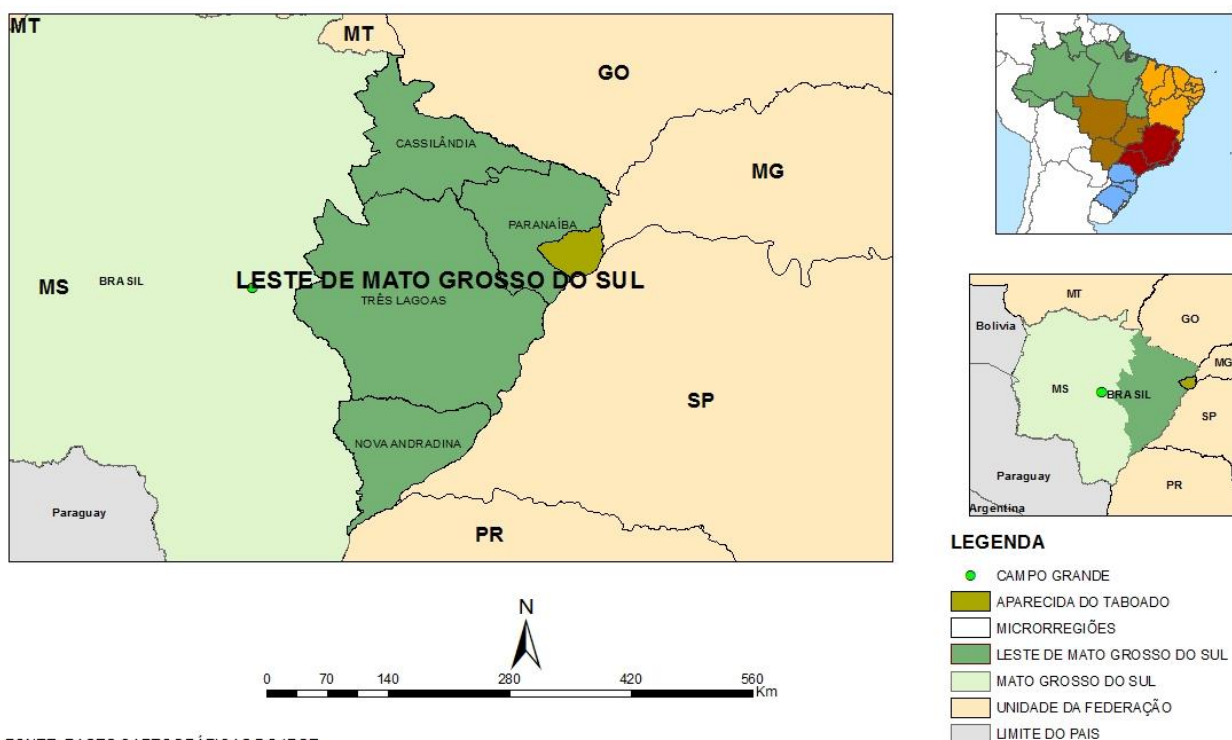
FONTE: BASES CARTOGRÁFICAS DO IBGE.
ELABORAÇÃO: Raiane Oliveira - Estação de Territorialização/EPSJV/FIOCRUZ.2016

2) Aparecida do Taboado (MS)

O município Aparecida do Taboado está situado no sul da Região Centro-Oeste do Brasil, a leste de Mato Grosso do Sul e na Microrregião de Paranaíba, na divisa triangular dos estados de Mato Grosso do Sul, São Paulo e Minas Gerais. Está na latitude de 20°05'12" Sul e longitude de 51°05'37" Oeste. O município tem uma extensa área territorial, com 2.750,150 km². Aparecida do Taboado, em divisão territorial datada de 15 de julho de 1999 (IBGE), é constituída do Distrito Sede.

A população total é composta por 24.745 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano do município é de 0,697; o índice de pobreza é de 39,83%. Os números que representam a situação do acesso ao saneamento básico são os seguintes: 9% dos aparecidenses dispõem de serviços inadequados; 78,6% dos habitantes, de semiadequados; e apenas 12,4% dos moradores, de serviços adequados de saneamento. Os dados são do Censo IBGE 2010.

MAPA DO MUNICÍPIO APARECIDA DO TABOADO NA MICRORREGIÃO PARANAÍBA E MESORREGIÃO LESTE DE MATO GROSSO DO SUL - MS

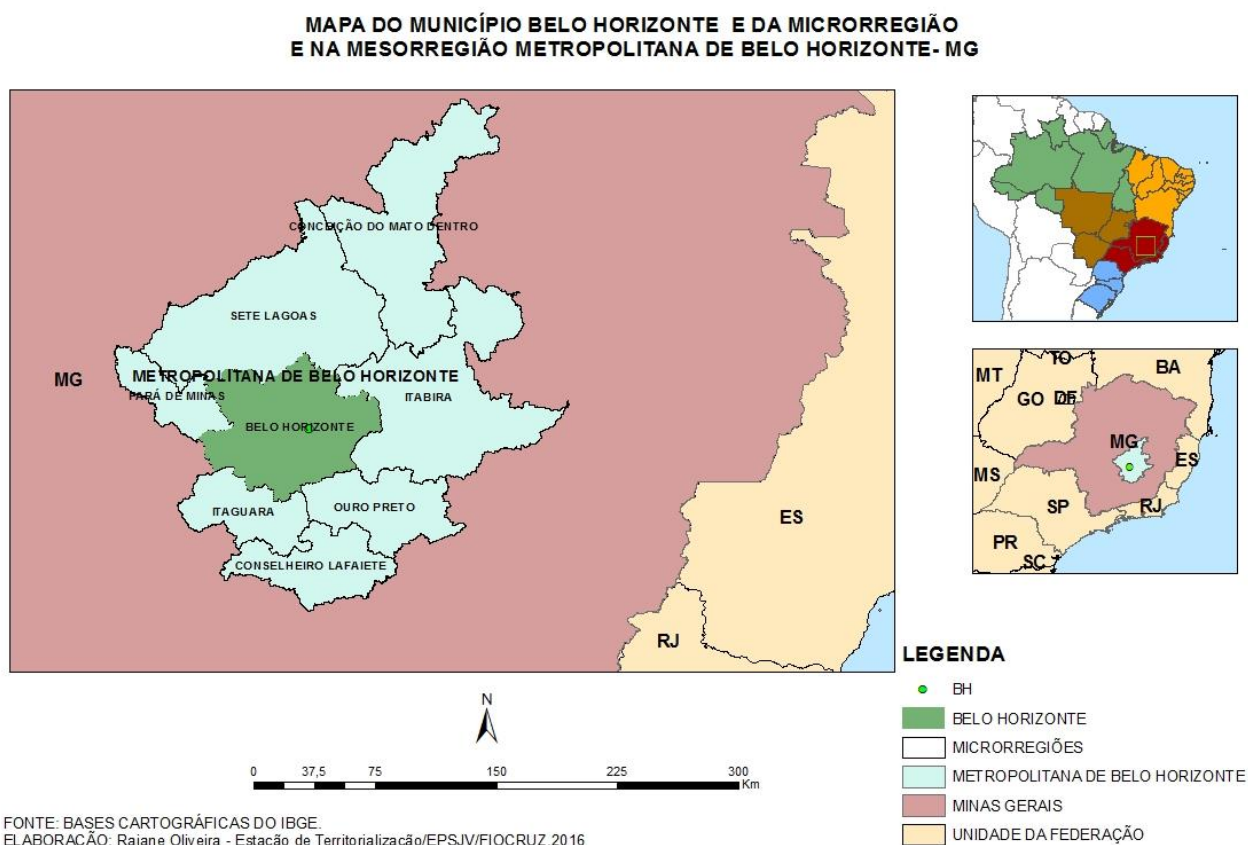


FONTE: BASES CARTOGRÁFICAS DO IBGE.
ELABORAÇÃO: Raiane Oliveira - Estação de Territorialização/EPSJV/FIOCRUZ. 2016

3) Belo Horizonte (MG)

Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais que, por sua vez, está localizado na Região Sudeste do Brasil. O município pertence à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Belo Horizonte. Com uma área de aproximadamente 331,401 km², o município é constituído de três distritos: Belo Horizonte, Barreiro e Venda Nova. A população belo-horizontina é de 2.513.451 habitantes.

As taxas que medem o desenvolvimento social estão representadas pelos seguintes valores: IDH de 0,810 e Incidência de Pobreza com apenas 5,43%. Esses dados expressam o nível econômico e social da população em questão. Outro importante dado é o de Saneamento Básico. Segundo o IBGE, Belo Horizonte apresenta 96,1% das residências com serviços adequados de saneamento e apenas 3,9% semiadequados.

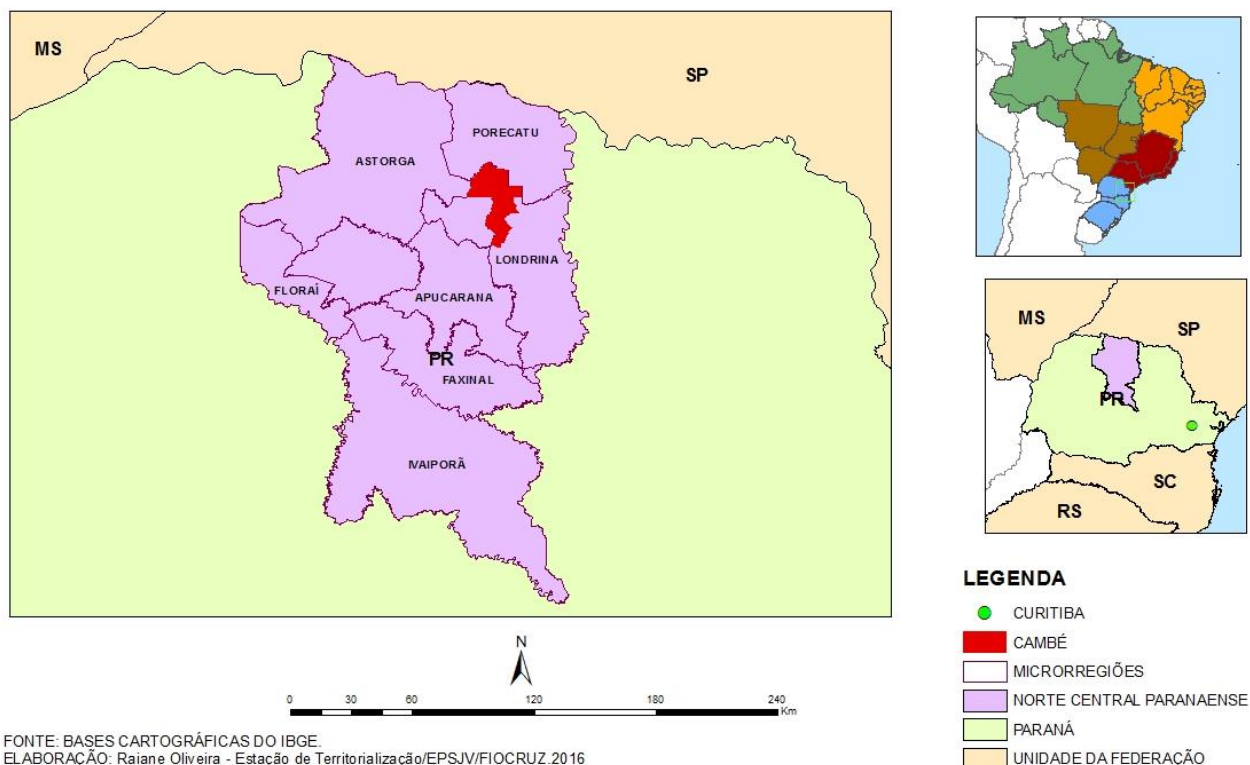


4) Cambé (PR)

Cambé é um município da Mesorregião Norte Central Paranaense e da Microrregião de Londrina, no estado do Paraná, que, por sua vez, está localizado na Região Sul do Brasil. O município estende-se por uma área de 495,375 km² na porção setentrional do estado e é composto por dois distritos: Cambé e Prata. A população cambense é de 104.592 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresenta 0,734 e a Incidência de Pobreza chega a 40,9% da população. Os serviços de saneamento básico prestados à população, segundo o Censo de 2010, podem ser analisados da seguinte maneira: cerca de 76,7 % da população recebem serviços adequados de saneamento; 21,1%, semiadequados; e 2,2%, inadequados.

MAPA DO MUNICÍPIO DE CAMBÉ NA MICRORREGIÃO DE LONDRINA E MESORREGIÃO NORTE CENTRAL PARANAENSE DO ESTADO DO PARANÁ - PR

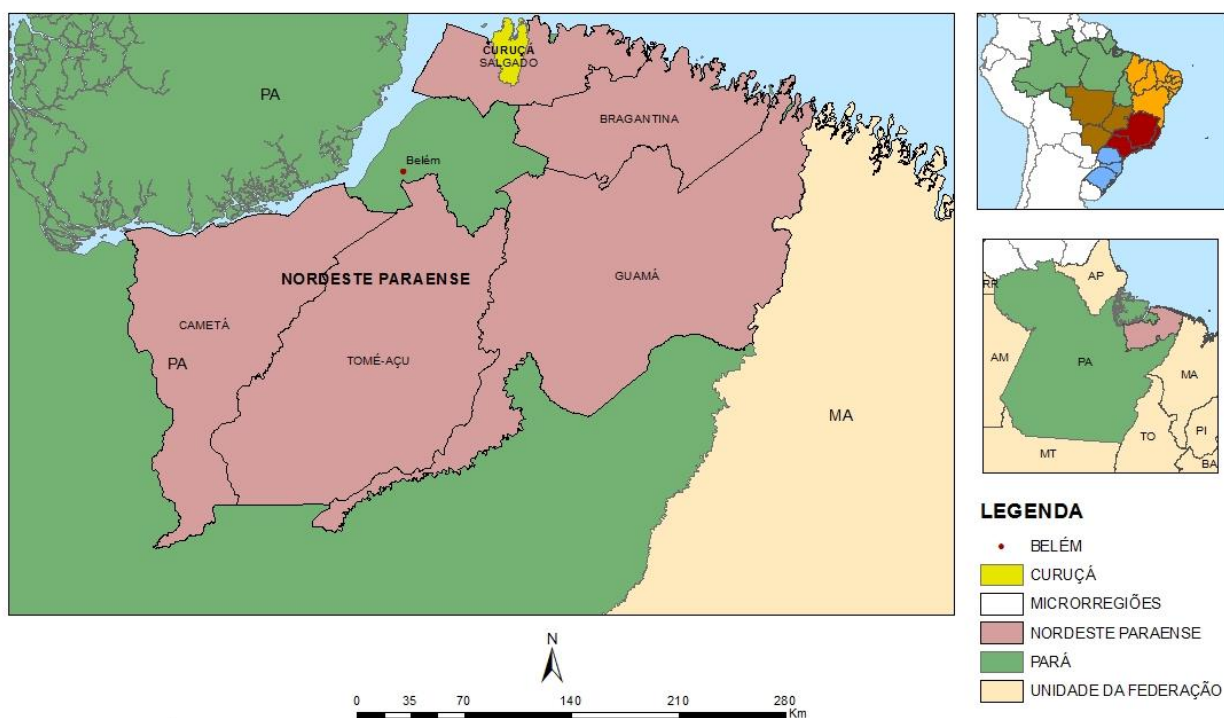


5) Curuçá (PA)

O município de Curuçá está localizado na porção setentrional do estado do Pará, na Região Norte do país. Está inserido na Microrregião do Salgado que, por sua vez, pertence à Mesorregião Nordeste Paraense. O município ocupa uma área de 672,675 km² e é composto por quatro distritos: Curuçá, Lauro Sodré, Murajá e Ponta de Ramos.

A população curuçense, segundo o Censo 2010 IBGE, era estimada em 37.800 habitantes até 2015. O IDH do município é de 0,582. As taxas que contabilizam a qualidade dos serviços de Saneamento Básico, segundo as pesquisas do Censo 2010, são: domicílios que recebem saneamento adequado são 13,%; inadequado, 9,8%; e semiadequado, 77,2%. Junto a esses dados estão a incidência de pobreza, que contabiliza uma taxa de 26,83%.

**MAPA DO MUNICÍPIO DE CURUÇÁ NA MICRORREGIÃO
SALGADO E MESORREGIÃO NORDESTE PARAENSE DO ESTADO DO PARÁ - PA**



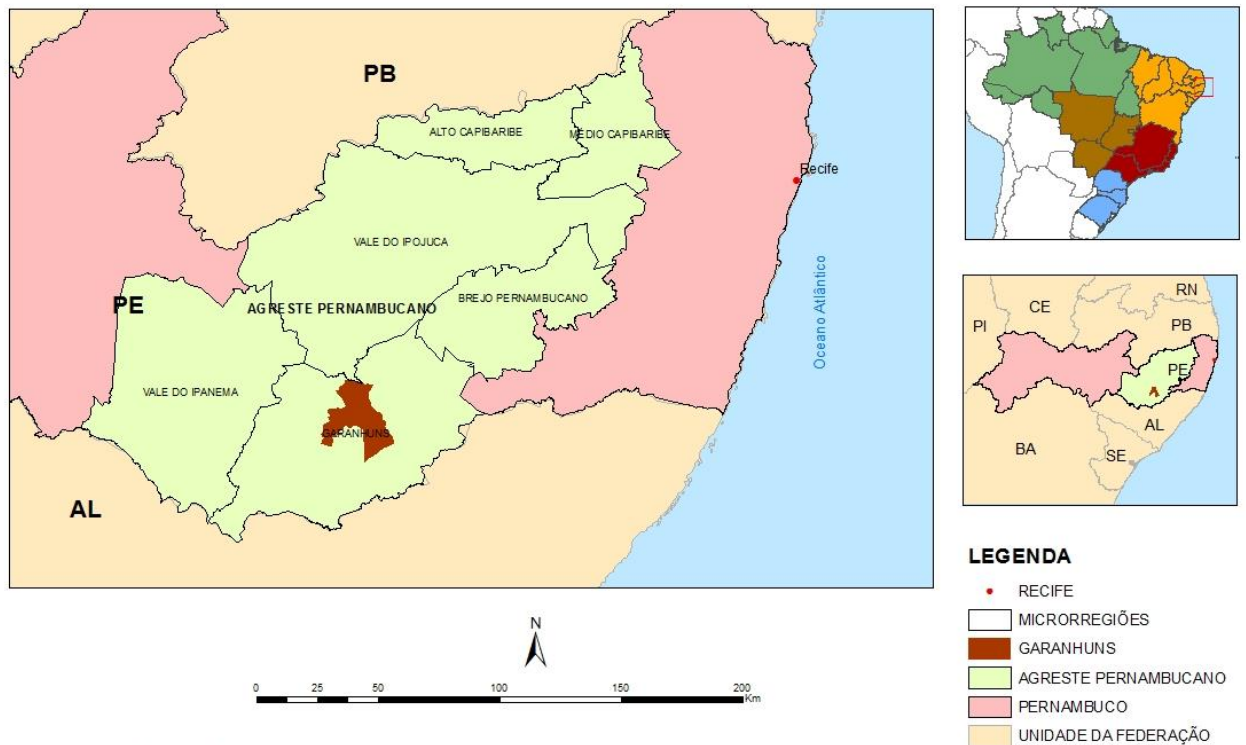
FONTE: BASES CARTOGRÁFICAS DO IBGE.
ELABORAÇÃO: Raiane Oliveira - Estação de Territorialização/EPSJV/FIOCRUZ.2016

6) Garanhuns (PE)

Garanhuns é um município do estado de Pernambuco, que está localizado na Região Nordeste do Brasil. O município pertence à Mesorregião do Agreste Pernambucano e à Microrregião de Garanhuns. Ocupa uma área territorial de 458,552 km². Em 2010, o IBGE estimou sua população em aproximadamente 137.810 habitantes em 2016, sendo o nono maior município pernambucano, o terceiro maior do interior do estado e o segundo maior da região do agreste pernambucano.

Garanhuns apresenta índices que medem situação social relevante: o IDH do município apresenta 0,664 (abaixo da média ideal); quanto à Incidência da Pobreza, o índice da população atingida é de 43,41%. Outro dado importante é o tipo de acesso ao saneamento básico. No ultimo Censo 2010, o IBGE recolheu as seguintes informações: cerca de 41,7% da população Garanhuesa recebem serviços semiadequados; 49,7%, adequados; e 9,0%, inadequados.

MAPA DO MUNICÍPIO GARANHUNS NA MICRORREGIÃO DE GARANHUNS E MESORREGIÃO DO AGRESTE PERNAMBUCANO - PE



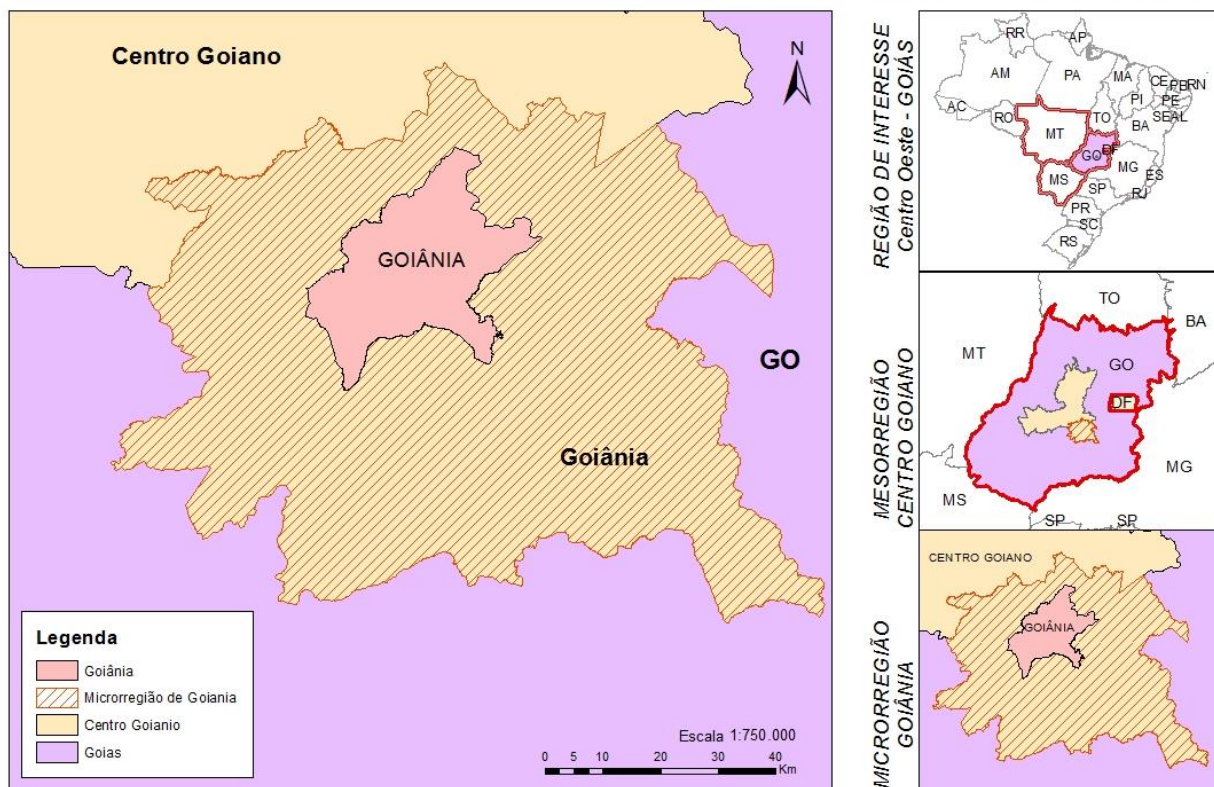
FONTE: BASES CARTOGRÁFICAS DO IBGE.
ELABORAÇÃO: Raiane Oliveira - Estação de Territorialização/EPSJV/FIOCRUZ.2016

7) Goiânia (GO)

O município de **Goiânia** é um dos 246 que formam a malha municipal do estado de Goiás. Este município pertence à **microrregião de Goiânia**, que por sua vez, está inserida na **mesorregião Centro Goiana do estado brasileiro de Goiás**. A cidade de Goiânia possui dois distritos: Goiânia e Vila Rica, segundo as informações fornecidas pelo IBGE, assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

A cidade de Goiânia possui uma dimensão territorial de aproximadamente 728,841 Km². Os goianienses estão representados em números por 1.302.001 habitantes, segundo o último censo 2010. A população estimada para 2016 pode chegar a 1.448.639 hab. Goiânia apresenta uma população majoritariamente urbana, no último censo 2010, cerca de 1468 residências rurais fixas foram visitadas e 72,5% dessas recebiam serviços de saneamento básico semi - adequado. Nas áreas urbanas, das 421.247 residências visitadas, 74,3% recebem saneamento básico adequado e 25,7% semi-adequados. Sua população, até 2010, apresentava taxas de Incidência da Pobreza de 13,99% e IDH 0,799.

MAPA DE LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA EM SUA RESPECTIVA MICRO E MESORREGIÃO - GO



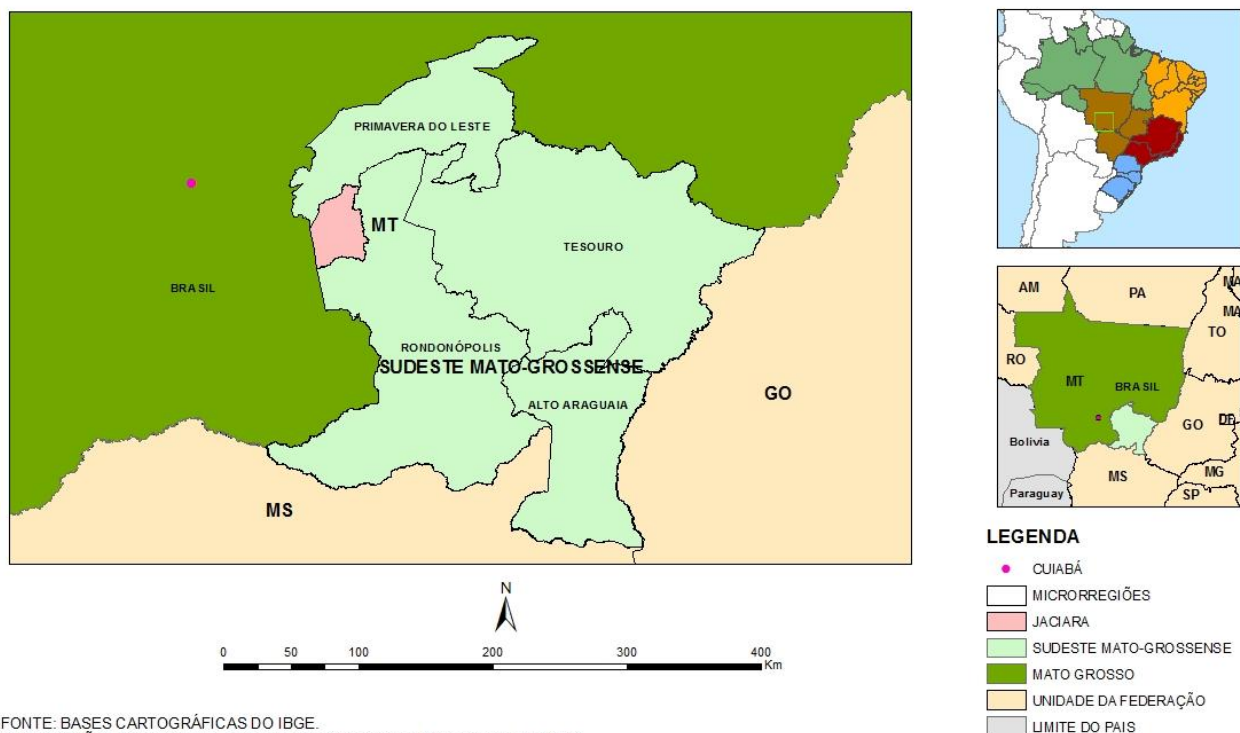
FONTE: BASES CARTOGRÁFICAS DO IBGE.
ELABORAÇÃO: Raiane Oliveira - Estação de Territorialização/EPSJV/FIOCRUZ. 2016

8) Jaciara (MT)

Jaciara é um município do estado do Mato Grosso, localizado na região Centro-Oeste do Brasil. O município pertence à Mesorregião Sudeste Mato-grossense e à Microrregião Rondonópolis. O município é constituído de dois distritos: Jaciara e Celma, que ocupam uma área territorial de 1.676.972 km².

A população jaciarense em números, até 2010, era de 26.519 habitantes, chegando a 25.647 em 2016, segundo o Censo IBGE 2010. O IDH de Jaciara alcança 0,735 e a Incidência da Pobreza, 40,78%. Quanto ao saneamento básico, cerca de 60,9% recebem o serviço de forma semiadequada; 33,1%, adequada; e apenas 6% da população, de forma inadequada.

**MAPA DO MUNICÍPIO JACIARA NA MICRORREGIÃO RONDONÓPOLIS E
MESORREGIÃO SUDESTE MATO-GROSSENSE NO ESTADO DO MATO GROSSO - MT**



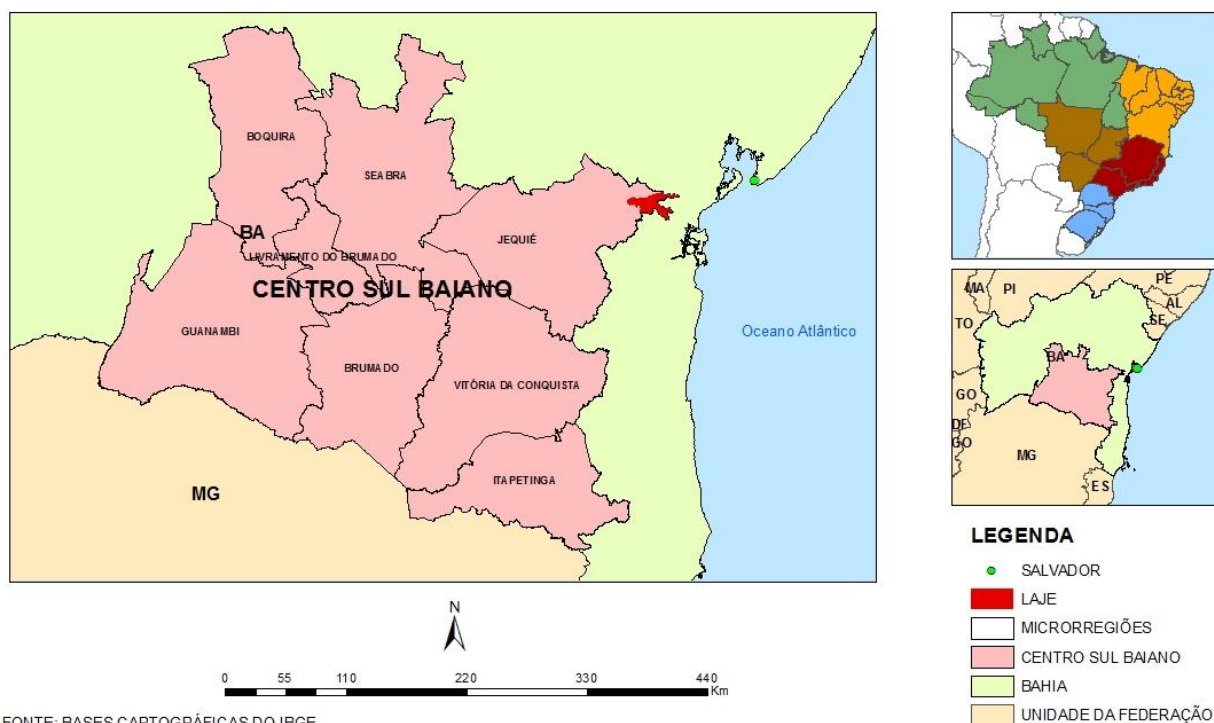
FONTE: BASES CARTOGRÁFICAS DO IBGE.
ELABORAÇÃO: Raiane Oliveira - Estação de Territorialização/EPSJV/FIOCRUZ.2016

9) Laje (BA)

Laje é um município do estado da Bahia e está inserido na Mesorregião Centro Sul Baiana e na Microrregião Jequié, na Região Nordeste do Brasil. O município apresenta uma unidade territorial de 449,834 km², segundo o IBGE. Até 2010, a população lajista contava com 22.201 habitantes; de acordo com o ultimo Censo, população em 2016 teria aumentado para 24.112.

O perfil populacional de Laje apresenta o IDH de 0,586 e a Incidência de Pobreza atinge 37,78% da população. Segundo o IBGE, as taxa de serviços de saneamento básico oferecidos à população estão representadas da seguinte maneira: 39,6% recebem serviços semiadequados; 41,4% inadequados; e 19% adequados.

**MAPA DO MUNICÍPIO LAJE NA MICRIRREGIÃO DE JEQUÉ E
MESORREGIÃO CENTRO SUL BAIANO DO ESTADO DA BAHIA - BA**

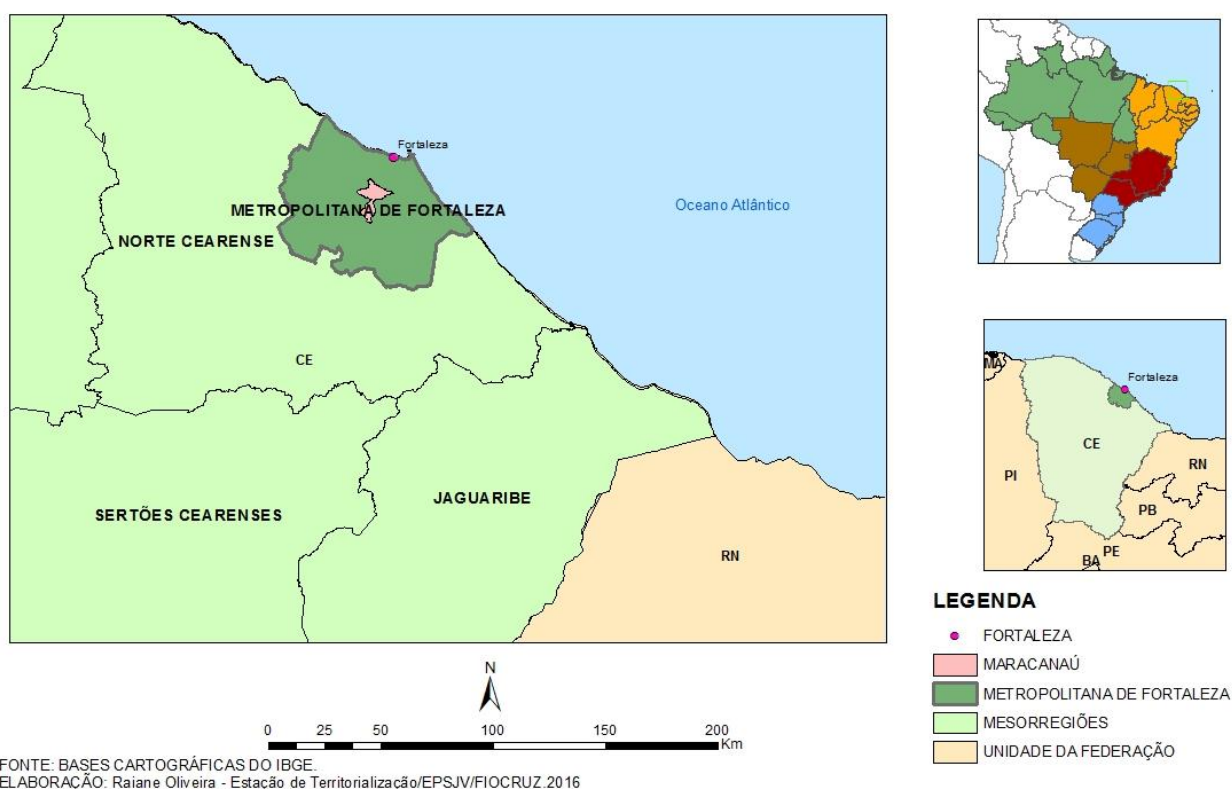


10) Maracanaú (CE)

Maracanaú é um município brasileiro do Estado do Ceará. Localizado na Região Metropolitana de Fortaleza e na Microrregião Fortaleza. O município possui uma extensão territorial de 106,648 km². Em divisão territorial datada de 1991, o município é constituído por dois distritos: Maracanaú e Pajuçara. Assim permanecendo em divisão territorial datada 2007. (IBGE).

A população maracanauense em números, até 2010, era de 209.057 habitantes, com estimativa de aumento, em 2016, para 223.188 habitantes, segundo o Censo. O IDH e a Incidência da Pobreza do município em tela são 0,686 e 55,53%, respectivamente. Os dados de saneamento básico do ultimo Censo, mostram que cerca de 67,1% da população recebem os serviços adequados; 32,4% semiadequados; e apenas 0,6% inadequados.

MAPA DO MUNICÍPIO MARACANAÚ NA MICRORREGIÃO DE FORTALEZA E MESORREGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA - CE

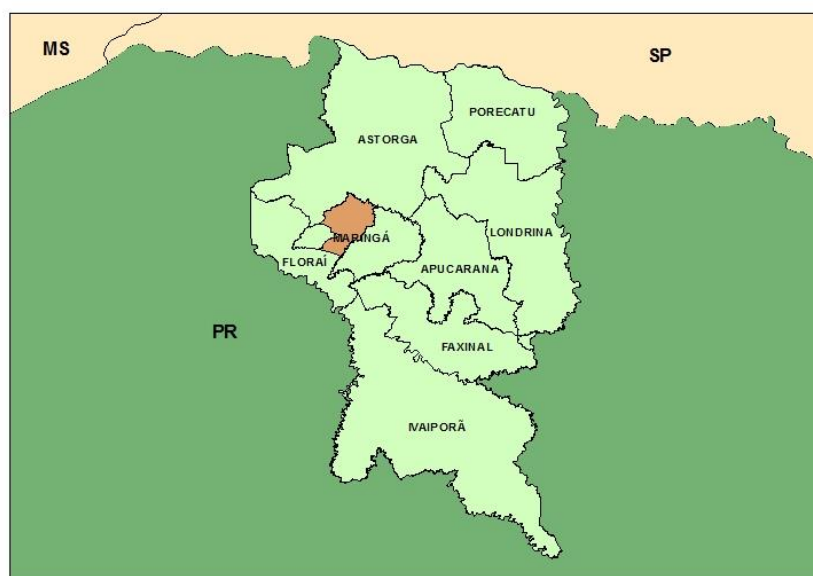


11) Maringá (PR)

O município de Maringá está localizado na Mesorregião Norte Central Paranaense e na Microrregião Maringá que, por sua vez, pertence ao estado do Paraná, localizado na Região Sul do Brasil. O município tem uma extensão territorial de 487,052 km² e está dividido nos seguintes distritos: Maringá, Floriano e Iguatemi. A população maringaense em números, até 2010, era de 357.077 habitantes; as projeções para 2016, segundo o IBGE, poderiam alcançar o número de 403.063 habitantes.

O número que mede o IDH é considerado alto, quando comparado com os demais municípios do país, chegando a 0,808 no ano de 2010. No que diz respeito à incidência da pobreza, segundo o IBGE, a taxa é de 33,85%. Os dados disponibilizados pelo IBGE sobre os serviços de saneamento básico prestados à população maringaense, apresentam os seguintes resultados: 78,8% da população têm acesso ao saneamento básico adequado; 20,5%, semiadequado; e apenas 0,7%, inadequado.

MAPA DO MUNICÍPIO MARINGÁ NA MICRORREGIÃO MARINGÁ E MESORREGIÃO NORTE CENTRAL PARANAENSE - PR



FONTE: BASES CARTOGRÁFICAS DO IBGE.
ELABORAÇÃO: Raiane Oliveira - Estação de Territorialização/EPSJV/FIOCRUZ.

LEGENDA

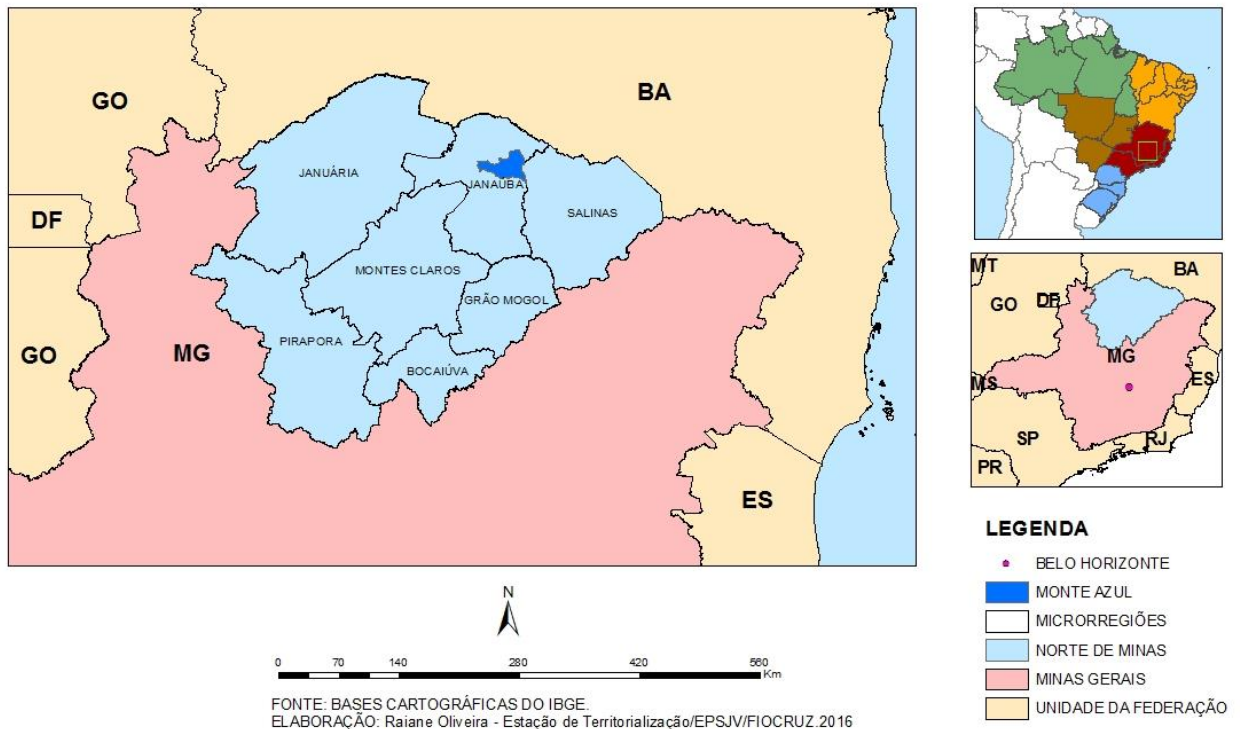
- CURITIBA
- MARINGÁ
- MICRORREGIÕES DO NORTE CENTRAL PARANAENSE
- MESORREGIÃO NORTE CENTRAL PARANAENSE
- PARANÁ
- UNIDADE DA FEDERAÇÃO

12) Monte Azul (MG)

Monte Azul compõe a malha municipal do estado de Minas Gerais, localizado na Região Sudeste do Brasil. O município está na parte setentrional do estado mineiro e pertence à Mesorregião Norte de Minas e à Microrregião Janaúba. O município é constituído pelo distrito sede, Monte Azul, que ocupa uma unidade territorial de 1.001,296 km².

A população monte-azulense em números, até 2010, era de 21.884 habitantes, segundo o Censo IBGE. O perfil econômico e social da população em questão, quando analisado através do IDH, alcança o valor de 0,659; a Incidência da Pobreza atingia o percentual de 49,59%, até 2010. O acesso ao saneamento básico está assim classificado: cerca de 84,5% da população recebem serviços semiadequados; 13%, inadequados; e apenas 8,3%, adequados.

MAPA DO MUNICÍPIO MONTE AZUL NA MICRORREGIÃO DE JANAÚBA E MESORREGIÃO NORTE DE MINAS - MG

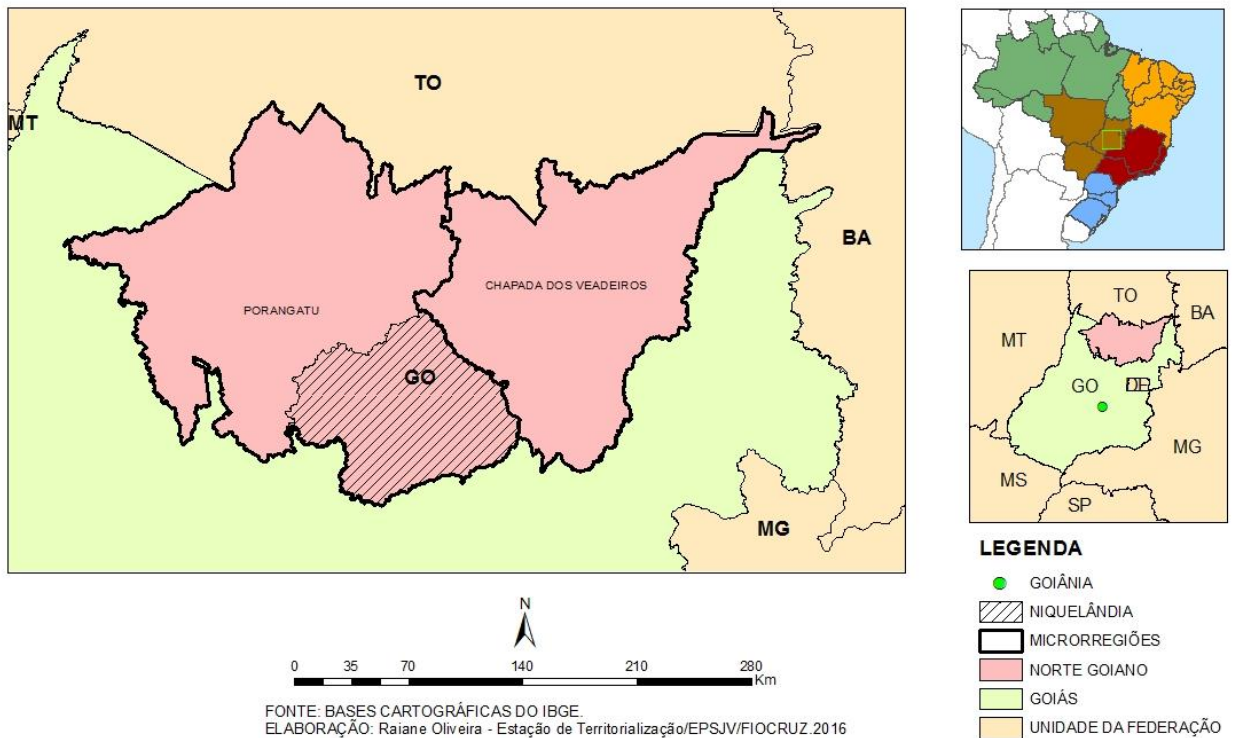


13) Niquelândia (GO)

O município de Niquelândia está inserido geograficamente na Microrregião de Porangatu que, por sua vez, pertence à Mesorregião do Norte Goiano, no Estado de Goiás, na porção regional do Centro-Oeste do Brasil. O município está localizado nas seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 14° 27' 28"S e Longitude: 48° 27' 59"O. Niquelândia estende-se por 9.843,2 Km² e está a 761 metros de altitude. O município é composto por oito distritos, sendo eles: Indianópolis, Muquém, Tupiraçaba, Vila Taveira, Quebra-Linha, Niquelândia, Acaba Vida e Buriti Alto.

A população niquelandense em números, estimada pelo Censo 2010 do IBGE, alcançaria cerca de 45.243 habitantes em 2015. A avaliação da qualidade de vida e do desenvolvimento populacional do município de Niquelândia atinge IDH de 0,715. A taxa de incidência de pobreza é de 44,15%. A maior parte da população vive em áreas urbanas, cerca de 78,7%; em áreas rurais, concentram-se apenas 21,3% dos habitantes niquelandenses. Os serviços de saneamento básico atingem cerca de 71,4% da população com o tipo de saneamento semiadequado e apenas 27,4% adequado, nas áreas urbanas; e 60,6% semiadequado e 21,4% inadequado, nas áreas rurais.

MAPA DO MUNICÍPIO NIQUELÂNDIA NA MICRORREGIÃO DE PORANGATU E MESORREGIÃO NORTE GOIANO - GO

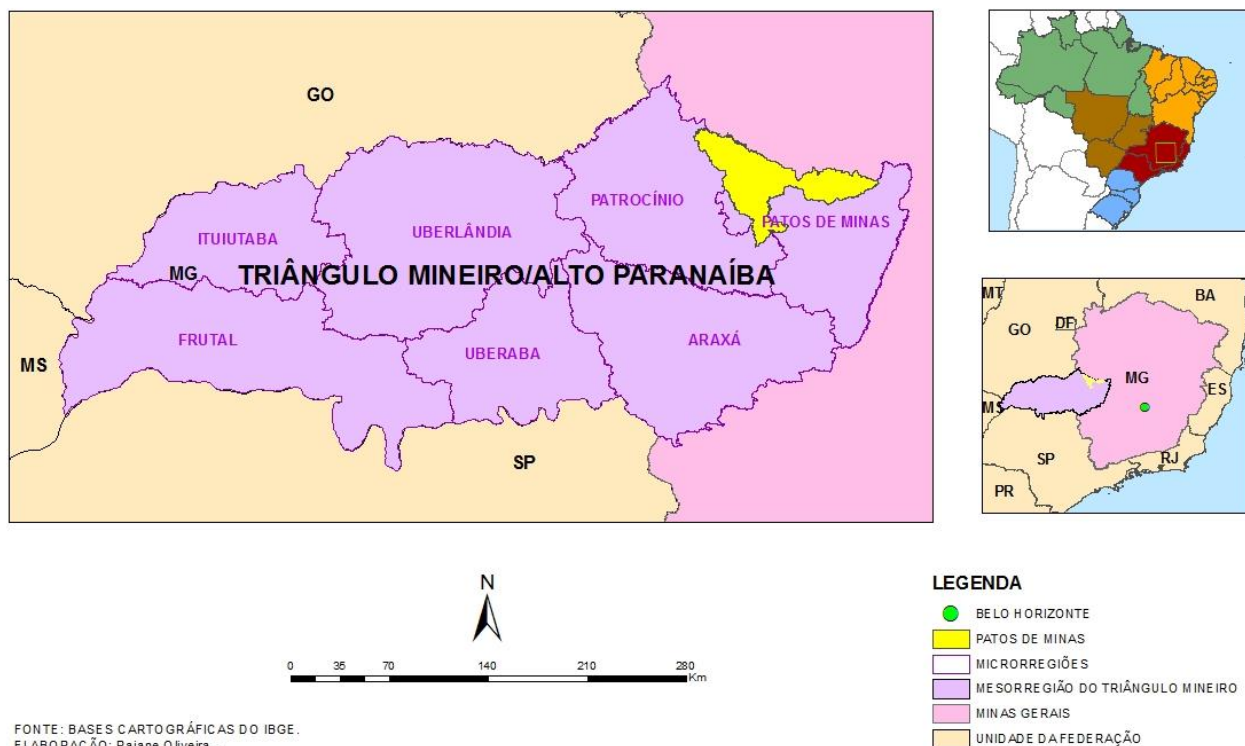


14) Patos de Minas (MG)

Patos de Minas é um município que pertence ao estado de Minas Gerais, localizado na Região Sudeste do Brasil. O município está inserido na Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba e na Microrregião Patos de Minas. O município ocupa uma área de 3.190,187 km² e é composto por sete distritos: Patos de Minas, Pindaíbas, Pilar, Santana de Patos, Chumbo, Bom Sucesso, Major Porto e Alagoas.

A população patense em números, até 2010, era de 138.710 habitantes, com estimativa de aumento para 149.856 em 2016, segundo o IBGE. O IDH do município é considerado médio, com 0,765. Já a taxa de Incidência da Pobreza alcança 26,03% da população. O acesso aos serviços de saneamento básico é expresso da seguinte forma: 89,6% recebem os serviços adequadamente; 6,9 inadequadamente; e apenas 3,9%, de forma semiadequada.

**MAPA DO MUNICÍPIO PATOS DE MINAS NA MICRORREGIÃO
PATOS DE MINAS E MESORREGIÃO TRIÂNGULO MINEIRO - MG**

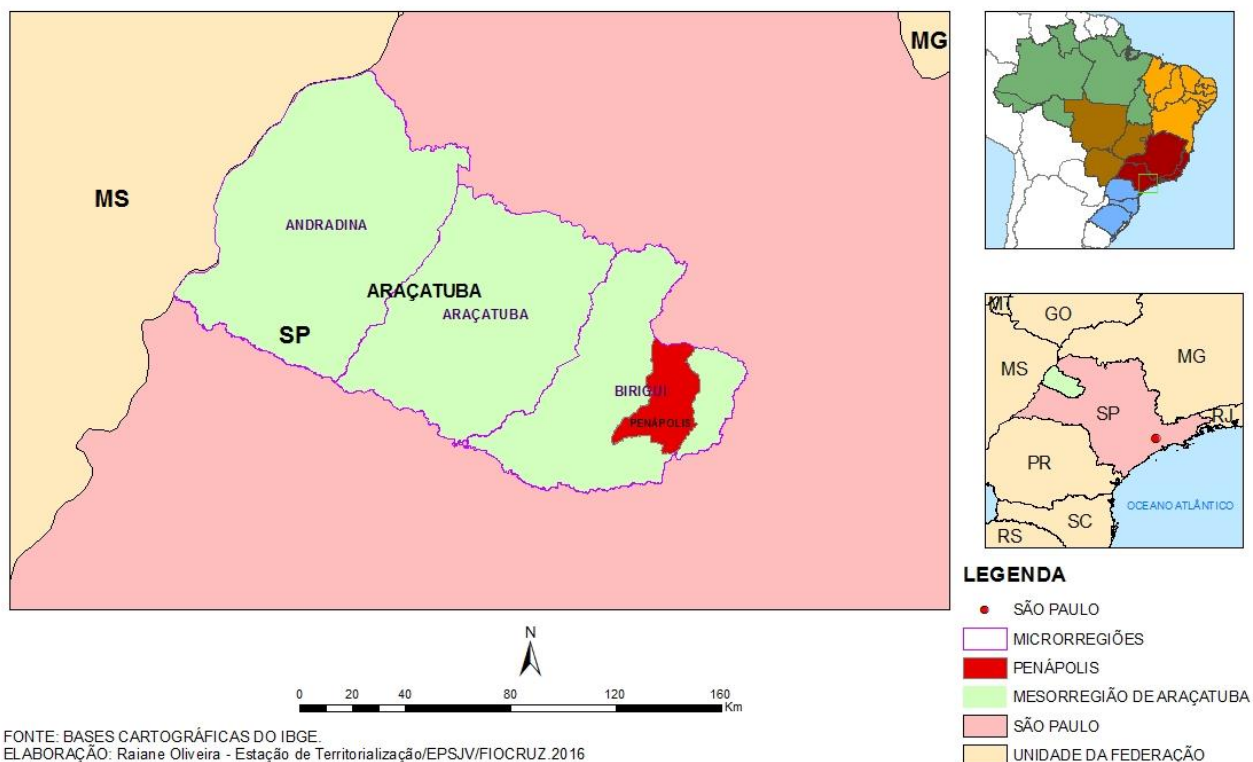


15) Penápolis (SP)

Penápolis é um dos 645 municípios do estado de São Paulo, localizado na Região Sudeste do Brasil. O município pertence à Mesorregião de Araçatuba e à Microrregião de Birigui. Constituído pelo distrito sede, o município ocupa uma área de 711,314 km².

Segundo o IBGE, a população penapolitana em números é de 62.406 habitantes, até 2016. O IDH da cidade é 0,759 e a Incidência da Pobreza alcança 19,92% da população. O acesso adequado da população aos serviços de saneamento básico chega a 95%, ou seja, apenas 5% da população não recebem os serviços de forma adequada.

**MAPA DO MUNICÍPIO DE PENÁPOLIS NA MICRORREGIÃO DE BIRIGUI E
MESORREGIÃO DE ARAÇATUBA DO ESTADO DE SÃO PAULO - SP**

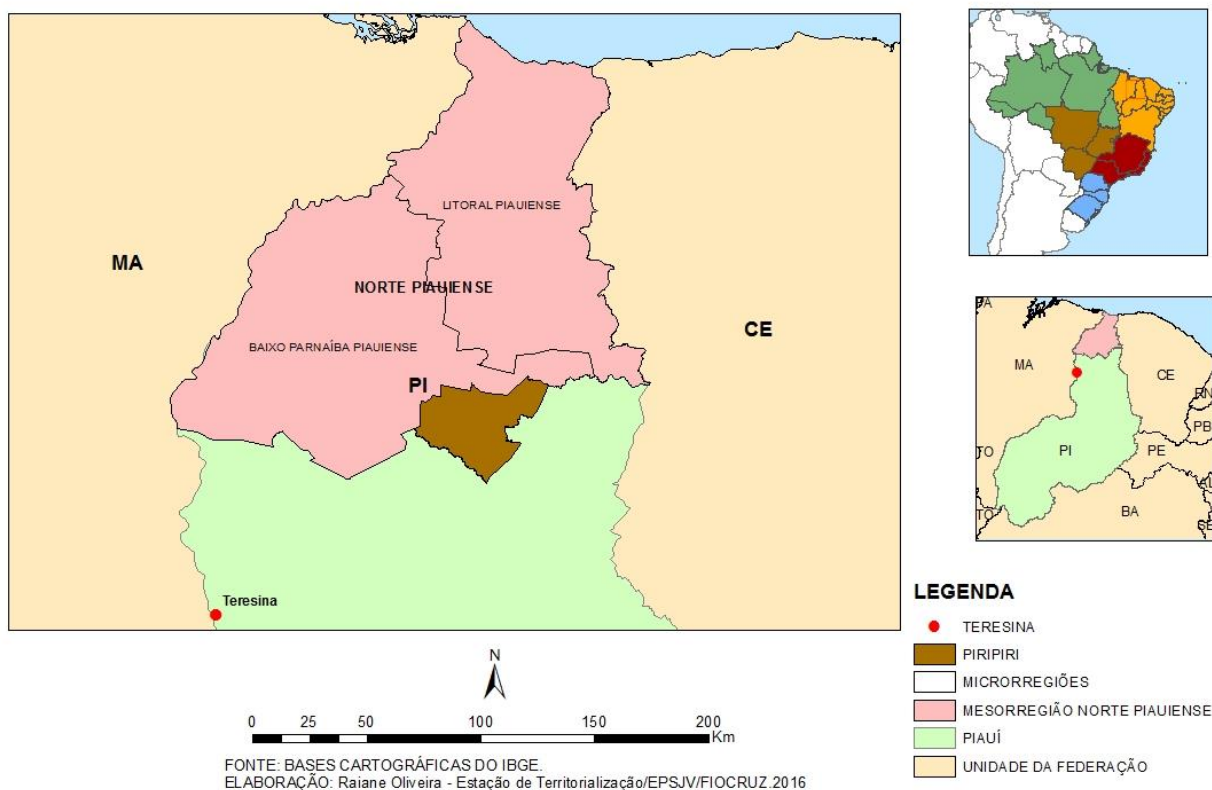


16) Piripiri (PI)

Piripiri é um município brasileiro do estado do Piauí, localizado na Região Nordeste do Brasil. O município pertence à Mesorregião Norte Piauiense e à Microrregião Baixo Parnaíba Piauiense. É constituído pelo distrito sede, e ocupa uma área de 1.408,934 km². De acordo com estimativas de 2014 do IBGE, sua população era de 62.695 habitantes.

A população piriapiense é composta por 62.695 mil habitantes. O IDH do município é de 0,635 e a Incidência da Pobreza alcança 54,43% da população. Quanto ao acesso ao saneamento básico, os números do último Censo indicam que mais da metade da população não recebem os serviços de maneira adequada. Certa de 69,6% dos serviços são semiadequados; 16,5% inadequados; e somente 13,9%, adequados.

MAPA DO MUNICÍPIO PIRIPIRI NA MICRORREGIÃO BAIXO PARNÁIBA PIAUIENSE E NA MESORREGIÃO NORTE PIAUIENSE - PI



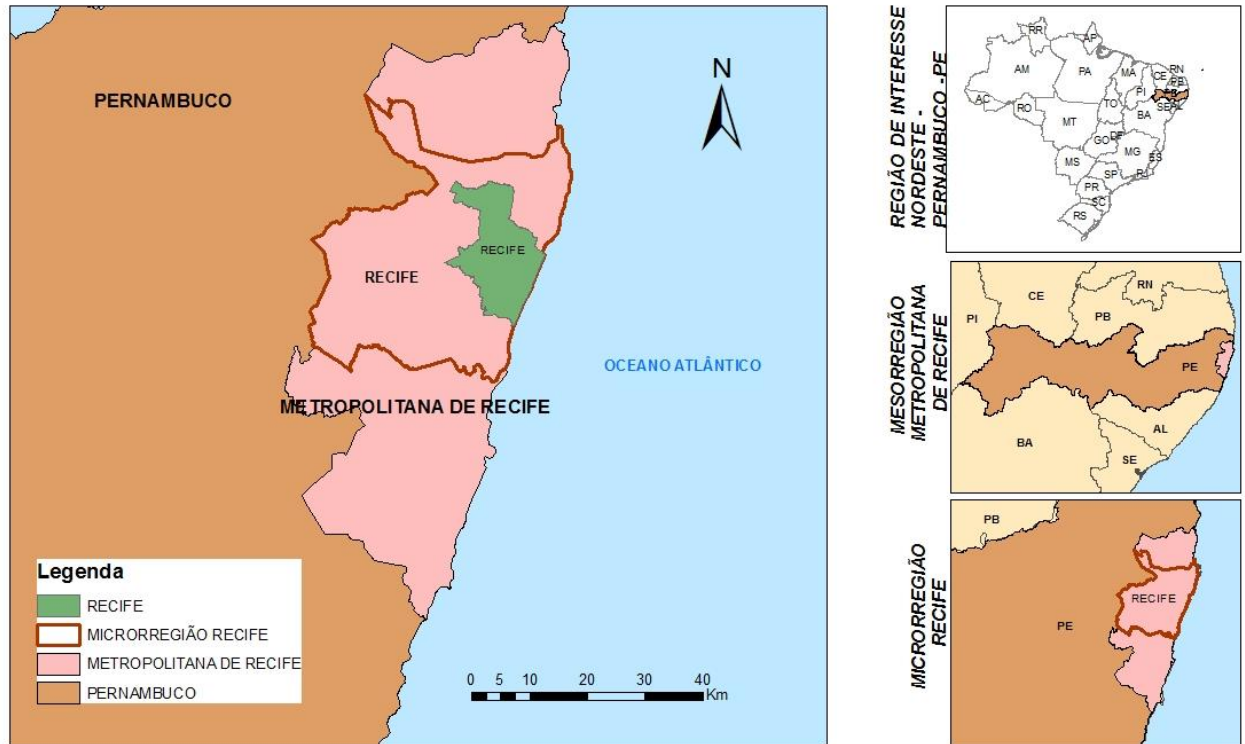
17) Recife (PE)

O município de Recife faz parte da malha municipal do estado de Pernambuco, constituído por 185 cidades. O Estado está localizado na região Nordeste do Brasil. O município em questão encontra-se **inserido na mesorregião Metropolitana do Recife**, a mesma esta subdividida em oito microrregiões (*Abreu e Lima, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife e São Lourenço da Mata*). A microrregião de Recife em 2007 foi considerada como distrito sede, segundo o IBGE.

A cidade de Recife ocupa uma área territorial de 218,435 Km² ao extremo Leste do estado de Pernambuco. Sua população recifense em números, segundo o último censo 2010, eram de 1.537.704 habitantes, com estimativa de crescimento para 2016 podendo atingir ao número de 1.625.583 de habitantes, segundo IBGE.

A cidade do Recife é considerada 100% urbana. Segundo os dados disponibilizados pelo IBGE, cerca de 59,8% da população recebem serviços de saneamento básico adequado; 39,9% semi-adequados e; apenas 0,4% inadequados. A incidência da pobreza neste município atinge a uma taxa de 39,46% da população. O IDH era de 0,772 até 2010.

MAPA DE LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE RECIFE EM SUA RESPECTIVA MICRO E MESORREGIÃO - PE



FONTE: BASES CARTOGRÁFICAS DO IBGE
ELABORAÇÃO: Raiane Oliveira - Estação de Territorialização/ EPSJV/FIOCRUZ. 2016.

18) Rio de Janeiro (RJ): em construção

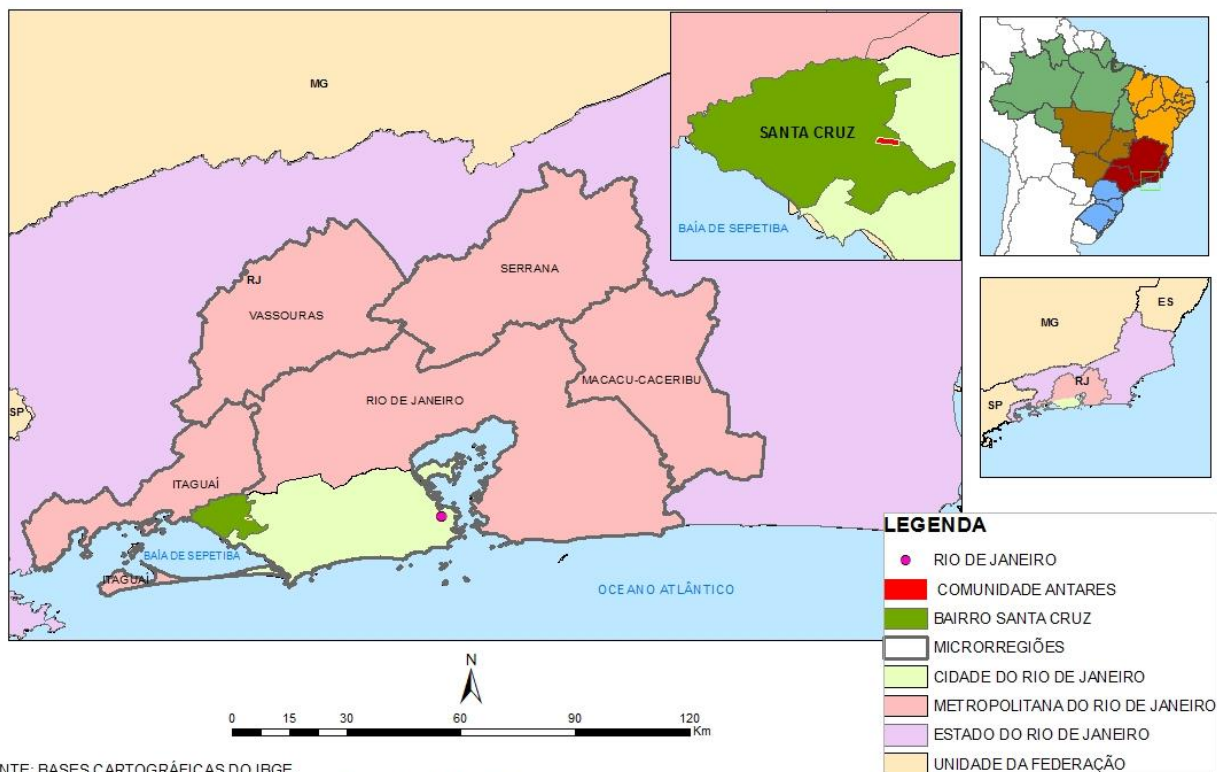
O Estado do Rio de Janeiro faz parte da Região Sudeste do Brasil. Este é dividido em seis grandes mesorregiões (*Baixadas Litorâneas*, *Centro Fluminense*, *Metropolitana do Rio de Janeiro*, *Noroeste Fluminense*, *Norte Fluminense* e *Sul Fluminense*), a cidade do Rio de Janeiro pertence à Região Metropolitana e a Microrregião, cujo nome é o mesmo, Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro ocupa uma área territorial de 1.200,179 Km². Visto isso, a cidade é compreendida por quatro Zonas (Oeste, Norte, Sul e Centro). A Favela do Antares está localizada no Bairro de Santa Cruz que, por sua vez pertence à Zona Oeste da Cidade do Rio de Janeiro. O descaso das políticas pública são inerentes e obvias quando pensadas na zona oeste.

A comunidade em tela rearranjou-se entorno da estrada ferroviária da concessionária Super Via de maneira desordenada. A situação atual da comunidade é visivelmente de abandono dos poderes públicos, onde o tráfico de drogas e a violência são os principais atores do cotidiano. Por estar localizada entre os trilhos, a favela tornou-se um lugar de fácil acesso para novos usuários de drogas e transformou-se numa importante cracolândia, uma das mais movimentadas da cidade do Rio de Janeiro. Visto isso, a dignidade dessa população, o acesso

ao saneamento básico, ao ensino e a própria segurança são direitos corrompidos pela brutal violência do abandono dos poderes e deveres dos governantes para essas comunidades, assim como para todas que compõem a paisagem da cidade maravilhosa.

LOCALIZAÇÃO DA COMUNIDADE ANTARES NO BAIRRO DE SANTA CRUZ NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO- RJ

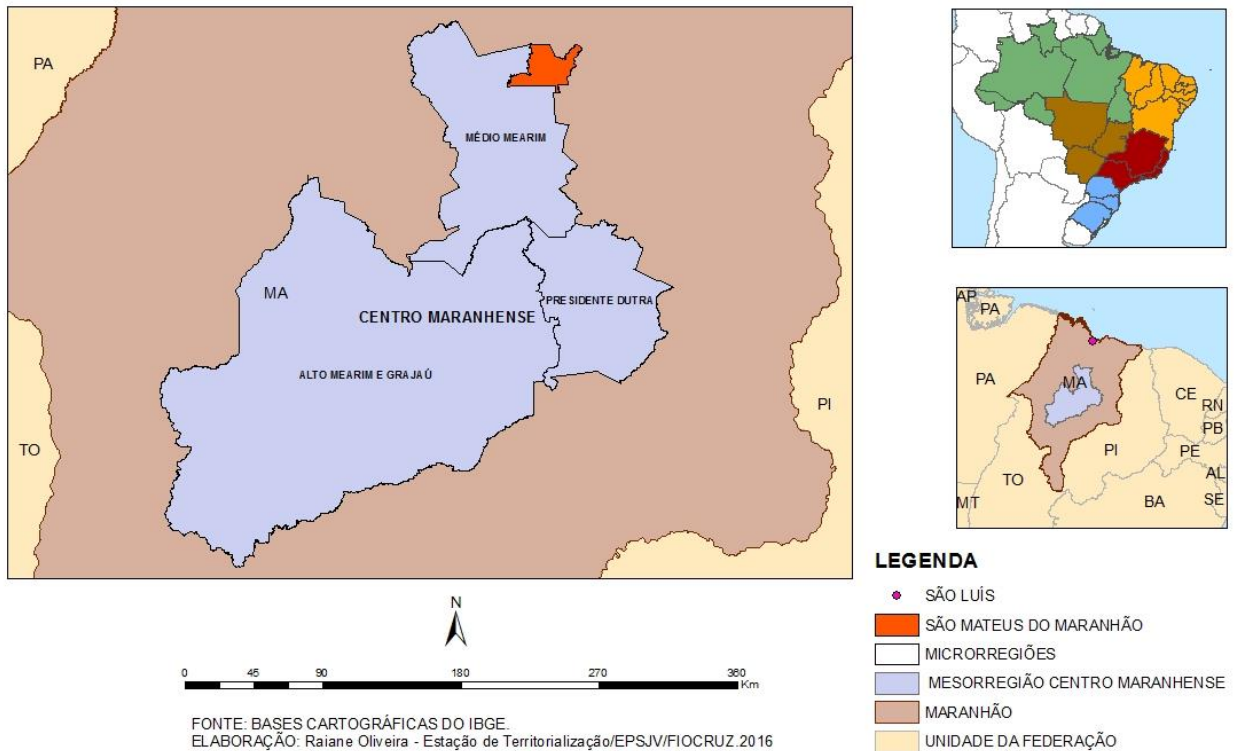


19) São Mateus do Maranhão (MA)

São Mateus do Maranhão é um município do estado do Maranhão localizado na Região Nordeste do Brasil. O município pertence à Mesorregião Centro Maranhense e a Microrregião Média Mearim. O município é constituído do distrito sede e ocupa uma unidade territorial de aproximadamente 783,224 km².

A população são-mateuense em números, até 2010, era de 40.791 habitantes e, segundo o último Censo, diminuiria para 39.093 habitantes em 2016. O índice que mede o desenvolvimento humano de São Mateus do Maranhão está abaixo da média, 0,616. Outro dado significativo é a Incidência da Pobreza, com 62,49%. Os dados de saneamento básico do município apresentam os seguintes resultados: 72% da população recebem o serviço semiadequado; 25,6%, inadequado; e apenas 2,4% têm acesso adequado ao serviço.

MAPA DO MUNICÍPIO SÃO MATEUS DO MARANHÃO NA MICRORREGIÃO MÉDIO MEARIM E MESORREGIÃO SÃO MATEUS DO MARANHÃO - MA

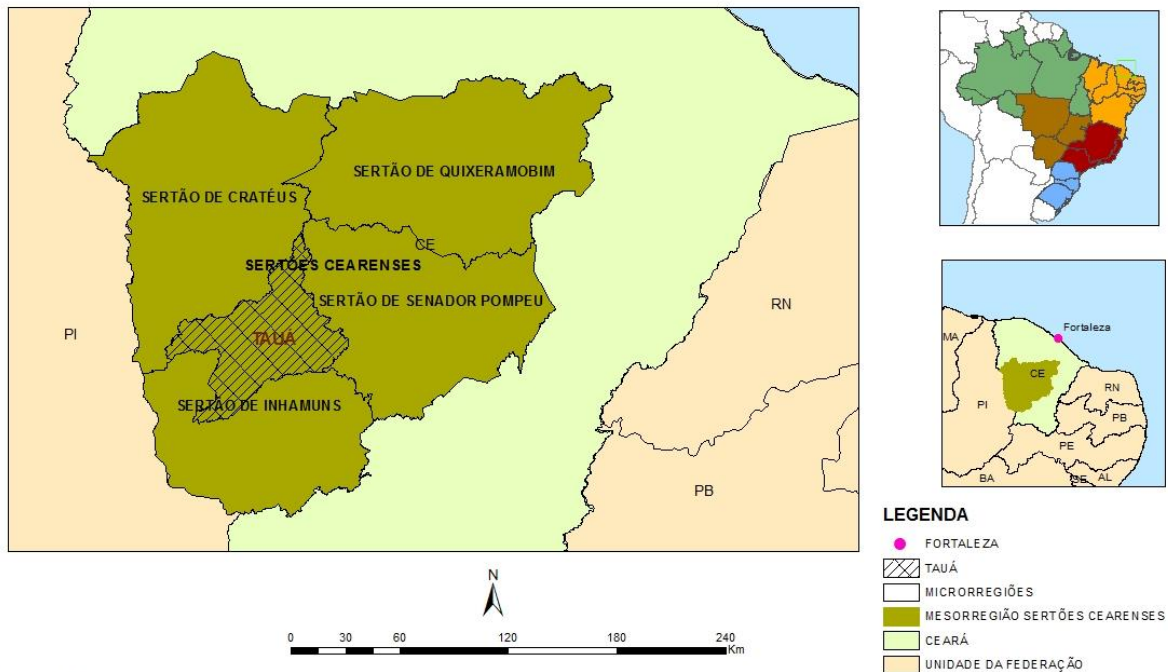


20) Tauá (CE)

Tauá é um município brasileiro que pertence ao Estado do Ceará que, por sua vez, está localizado na Região Nordeste do Brasil. O município está inserido na Mesorregião dos Sertões Cearenses e na Microrregião Sertão de Inhamuns. Possui uma área de 4.018,162 km² de terras, e é constituído por oito distritos: Barra Nova, Carrapateiras, Inhamuns, Marrecas, Marruás, Santa Teresa e Trici. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2014.

A população tauaense em números, até 2010, segundo o Censo, era composta por 55.716 pessoas, com estimativa de crescimento, podendo chegar a 57.701 em 2015. Sendo assim, 23.457 pessoas residem na área rural e 32.259, na área urbana, segundo o IBGE. O perfil da população em relação à pobreza e à desigualdade, até 2003, apresentava a incidência de pobreza em 59,84% e o IDH atingia 0,633. Os dados de saneamento básicos obtidos mostram que os domicílios particulares de área rural são semiadequados e inadequados, com 50,4 % e 49,3%, respectivamente. Nas áreas urbanas, os dados de domicílios com saneamento básico adequado são de 46,8%; e semi-adequado, 52%.

MAPA DO MUNICÍPIO TAUÁ NA MICRORREGIÃO SERTÃO DE INHAMUNS E MESORREGIÃO SERTÕES CEARENSES - CE



FONTE: BASES CARTOGRÁFICAS DO IBGE.
ELABORAÇÃO: Raiane Oliveira - Estação de Territorialização/EPSJV/FIOCRUZ.2016

Referência bibliográfica

IBGE: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php?lang=>

APÊNDICE II - PROGRAMAÇÃO DA 1ª OFICINA DE TRABALHO DO PROJETO SABERES

Período de Realização: de 9 a 13 de novembro de 2015

Local: EPSJV/Fiocruz

9 de novembro (segunda-feira)

9h30 – Boas vindas e apresentação dos participantes

10h às 12h30 – Discussão do Projeto de Pesquisa

- c) concepção e objetivos da pesquisa;
- d) critérios e processos de seleção dos municípios.

12h30 às 14h – Almoço.

14h às 17h – Discussão das condições de realização da pesquisa nos municípios, a partir da apresentação dos pesquisadores ET-SUS, com base nas providências solicitadas por email (conforme tenha sido possível realizá-las).

10 de novembro (terça-feira)

9h30 às 12h30 – Discussão da proposta teórico-metodológica da pesquisa

- Conceitos estruturantes da pesquisa: Trabalho em Equipe e Saberes Profissionais;
- Observação participante e entrevistas: conceituação e desafios;
- Proposta de roteiros de entrevista e de observação;
- Tipologia de análise dos saberes profissionais.

12h30 às 14h – Almoço.

14h às 17h – Discussão sobre os “sujeitos da pesquisa” frente ao roteiro de entrevistas, com atenção para processos de qualificação e profissionalização, atribuições e inserção na equipe da Estratégia Saúde da Família

- Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Agentes de Vigilância em Saúde.

11 de novembro (quarta-feira)

9h30 às 11h – Leitura individual das transcrições das entrevistas-teste realizadas pelos pesquisadores da EPSJV (enviadas por email).

11h às 12h30 – Apresentação e discussão da análise preliminar dessas transcrições.

12h30 às 14h – Almoço.

14h às 15h30 – Realização, pelos pesquisadores ET-SUS, de entrevistas-teste com trabalhadores (serão convidados trabalhadores com perfil dos sujeitos da pesquisa para serem entrevistados na EPSJV).

15h30 às 17h – Discussão da experiência de realização de entrevistas-testes pelos pesquisadores ET-SUS.

12 de novembro (quinta-feira)

9h30 às 12h – Análise, em pequenos grupos, das transcrições das entrevistas-teste realizadas pelos pesquisadores da EPSJV.

12h30 às 14h – Almoço.

14h às 17h – Discussão da análise realizada em pequenos grupos.

13 de novembro (sexta-feira)

9h30 às 13h - Planejamento do trabalho de campo e plenária de encerramento.

APÊNDICE III - PROGRAMAÇÃO DA 2ª OFICINA DE TRABALHO DO PROJETO SABERES

Período de Realização: de 4 a 8 de julho de 2016

Local: EPSJV/Fiocruz

4 de julho (segunda-feira) – Sala 112

9h30 – Acolhimento

10h às 12h30 – Avaliação do Trabalho de Campo: “O que foi mais marcante?”

- Breves relatos individuais dos pesquisadores ETSUS acerca da experiência do trabalho de campo (máx.10min/município – sem slides).

12h30 às 14h – Almoço.

14h às 15h – Apresentação das categorias de análise dos resultados.

- Explicação sobre sua construção e metodologia de trabalho nesta oficina.
- 15h às 17h – Análise das entrevistas com base nas categorias apresentadas.
- Formação e início das duplas de trabalho: cada dupla receberá a transcrição da entrevista realizada com um trabalhador técnico, para analisá-la com base nas categorias apresentadas, utilizando **quadro 1**. Cada dupla deve eleger um relator para apresentar síntese no GT do grupo profissional (momento posterior).

Salas: salas da biblioteca 10, 11,12, 13 e multimídia (1 dupla em cada sala); sala Labmam 119 (1 dupla); sala Lavsa 319 (1 dupla); sala 112 (4 duplas); sala Etac 322 (1 dupla); sala Lateps 323 (1 dupla).

5/ de julho (terça-feira) – Sala 113

9h30 às 12h30 – Continuação do trabalho em dupla.

12h30 às 14h – Almoço.

14h às 17h – Formação de quatro Grupos de Trabalho (GT) para discussão e síntese das “tendências e peculiaridades” do trabalho e dos saberes de cada grupo profissional. Os materiais produzidos pelas duplas na atividade anterior serão a base para esse exercício, devendo ser agrupados e sistematizados no **quadro 2**.

- Reunião das duplas de pesquisadores que analisaram os mesmos grupos profissionais:
 - a) GT 1: técnicos e auxiliares de enfermagem (4 duplas - sala 113).
 - b) GT 2: técnicos e auxiliares de saúde bucal (4 duplas - sala 323).

- c) GT 3: agentes comunitários de saúde (3 duplas - sala multimídia).
- d) GT 4: agentes de combate de endemias (3 duplas - sala 11 da biblioteca).

- Cada GT deve eleger um relator para apresentar síntese em plenária, a partir do **quadro 3**.

6 de julho (quarta-feira) – Sala 213

9h30 às 12h30 – Apresentação da síntese sobre trabalho e saberes dos grupos profissionais analisados pelos GT 1 e GT 2, com base no quadro 2.

12h30 às 14h – Almoço.

14h às 17h – Apresentação da síntese sobre trabalho e saberes dos grupos profissionais analisados pelos GT 3 e GT 4, com base no quadro 2.

7 de julho (quinta-feira) – Sala 214

9h30 às 12:h0 – Formação e reunião de GTs por município/equipe: reunião de todas as duplas que analisaram as transcrições das entrevistas com profissionais dos mesmos municípios. O material-base para essa análise será o conteúdo dos quadros 1 produzidos pelas duplas, cujos dados devem ser agrupados e sistematizados para compor o **quadro 4**.

- a) Garanhuns (sala 214);
- b) Penápolis (sala multimídia);
- c) São Mateus do Maranhão (sala 323).

- Cada GT deve eleger um relator para apresentar síntese em plenária, a partir do **quadro 3**.

12h30 às 13h – Entrega de documentos para prestação de contas da viagem (notas fiscais – hospedagem, passagens ida e volta e alimentação; relatório Opas e recibo Fiotec assinados).

13h às 14h – Almoço.

14h às 17h – Apresentação dos GTs por município/equipe para discussão e síntese sobre o trabalho das equipes de Saúde da Família estudadas.

8 de julho (sexta-feira) – Sala 113

9h30 às 13h – Encaminhamentos

- Organização de Grupos de Trabalho para continuidade das análises a distância.
- Apresentação e discussão do “esqueleto de relatório” e do cronograma de trabalho.

13h às 14h – Almoço.

14h às 17h – Equipe EPSJV: organização da prestação de contas da Segunda Oficina.

APÊNDICE IV - PROGRAMAÇÃO DA 3ª OFICINA DE TRABALHO DO PROJETO SABERES

Período de Realização: 28/11 a 02/12/2016

Local: EPSJV/Fiocruz

Objetivos: Compartilhar as experiências quanto à elaboração dos relatórios por município; discutir a metodologia de análise dos resultados referentes aos tipos e fontes de conhecimento, assim como dos modos de cognição dos trabalhadores e das equipes investigados; e preparar os pesquisadores para a realização de tais atividade.

Participantes: Equipe de pesquisa composta por pesquisadores da EPSJV e das ETSUS.

28/11 (2ª. feira) – 209

9:30 – Acolhimento.

10:00 às 12:30 – Informes e avaliação do trabalho de análise dos resultados e da construção do relatório por município:

- Breves relatos individuais dos pesquisadores ETSUS acerca da experiência da elaboração do relatório por município (máx. 10 min/município – sem slides).

12:30 às 14:00 – Almoço.

14:00 às 17:00 – Apresentação da metodologia de trabalho para análise dos tipos e fontes de conhecimento:

- Explicação sobre sua construção e questões norteadoras;
- Apresentação da ferramenta de análise: **quadro 4**;
- Formação de cinco Grupos de Trabalho (GT), com quatro pesquisadores cada um, para analisar entrevistas de técnicos da mesma categoria profissional, de quatro equipes de Saúde da Família
- Material base para a atividade: quadros analíticos 1, especialmente a categoria 9;
- Cada GT deve eleger um relator para apresentar síntese do **quadro 4** em plenária.

29/11 (3ª. feira) – Salas 112 e 121

9:30 às 17:00 – Reunião dos GT para análise e elaboração do **quadro 4**.

30/11 (4ª. feira) – Salas 112 e 113

9:30 às 11:30 – Plenária para apresentação-síntese sobre a elaboração do **quadro 4.**

11:30 às 12:30 - Apresentação teórico-metodológica para análise dos “Modos de Cognição”

- O conceito;
- Apresentação da ferramenta de análise: **quadro 5:**

12:30 às 14:00 – Almoço.

14:00 às 17:00 – Formação de sete GT, para analisar entrevistas de técnicos da mesma equipe:

GT 1: Alice, Jesus e Livia (São Mateus do Maranhão, Belo Horizonte e Piripiri);

GT 2: Carla, Neuza e Márcia (Recife, Abreu e Lima e Garanhuns);

GT 3: Maurício, Raquel e Jadson (Maracanaú, Tauá e Monte Azul);

GT 4: Marcelo, Muza e João (Goiânia, Niquelândia e Patos de Minas);

GT 5: Marise, Pina e Raphael (Rio de Janeiro, Curuçá e Aparecida do Taboado);

GT 6: Julio, Jucineide e André (Penápolis, Jaciara e Cambé);

GT 7: Joelma, Geisa, Angélica e Amanda (Laje e Maringá);

- Insumo para a atividade: quadros analíticos 3 (podendo-se utilizar também os 1 e 2 se for pertinente), especialmente a categoria 9;
- Cada GT deve eleger um relator para apresentar síntese do **quadro 5** em plenária.

01/12 (5ª. feira) – Sala 110 e 112

9:30 às 17:00 – Reunião dos GT para análise e elaboração do **quadro 5.**

02/12 (6ª. feira) – Sala 113

9:30 às 12:00 – Plenária para apresentação-síntese sobre a elaboração do **quadro 5.**

12:00 às 13:00 – Encaminhamentos quanto à finalização do relatório da pesquisa.

APÊNDICE V - ALTERAÇÕES REGISTRADAS NO CNES RELATIVAS AOS PROFISSIONAIS TÉCNICOS DAS EQUIPES SELECIONADAS

Esse documento aponta as alterações registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES*), ocorridas durante o período de vigência da pesquisa (de janeiro de 2015 a janeiro de 2017), referentes aos profissionais das eSF selecionadas, considerando apenas as categorias incluídas no estudo, a saber: ACS, ACE/ASP/VS**, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal. Para tanto, foi comparada, no CNES, a composição das eSF selecionadas nas competências de janeiro de 2015 e de janeiro de 2017, por meio do site de acesso irrestrito (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

*Assim como ressaltadas no relatório, foram identificadas inúmeras inconsistências entre as conformações formal (CNES) e real (observada a partir da visita ao local) das equipes. No entanto, esse documento trata apenas das alterações indicadas no CNES.

**A pesquisa exploratória para definição das equipes a serem investigadas, tendo como base as informações contidas no CNES (competência de janeiro de 2015), confirmou a diversidade de nomenclaturas para designar o profissional técnico ligado às atividades de controle de endemias. Considerando esse dado, foram incluídas equipes que apresentassem: agente de combate às endemias (ACE), agente de saúde pública (ASP) ou visitador sanitário (VS). Em seguida, provavelmente em função da portaria nº 165, de 25 de fevereiro de 2015, do Ministério da Saúde, que estabeleceu a criação do código provisório de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de Agentes de Combate às Endemias (ACE), foram constatadas, em julho de 2015, alterações referentes a esses profissionais no CNES: muitos municípios passaram a designar o cargo como “Agente de Combate às Endemias”. Destaca-se que a portaria nº 535, do Ministério da Saúde, datada de 30 de março de 2016, define que o cadastro do ACE no CNES seja atualizado com a utilização do código definitivo de Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) 5151-40 - AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS, estabelecido pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

1) ABREU E LIMA – PE

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2713861

- identificador nacional de equipe (INE): 134163

- área 0001

• Alterações

- Em janeiro de 2015, a equipe estava cadastrada apenas como eSF, apesar de sua composição ser a de uma equipe de Saúde da Família, com saúde bucal modalidade II (continha cirurgião-dentista, técnico e auxiliar em saúde bucal). Na competência de janeiro de 2017, os profissionais de saúde bucal não constavam mais na eSF.
- Os três visitantes sanitários tornaram-se “agentes de combate às endemias” (junho de 2016), mas continuavam inscritos no CNES da UBS e não na eSF.
- Redução do número de ACS: eram 10 e, em janeiro de 2017, constavam nove.
- Substituição da técnica de enfermagem (junho de 2016).
- Substituição de um ACS.

2) APARECIDA DO TABOADO – MS

• Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 6592910
- identificador nacional de equipe (INE): 438138
- área 0006

• Alterações

- Inclusão de técnica de enfermagem (maio de 2015).
- Inclusão de uma técnica em saúde bucal (julho de 2016), contabilizando duas na equipe.

*Os dois visitantes sanitários continuam sob esta designação, registrados na UBS, e não na eSF.

3) BELO HORIZONTE – MG

• Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 0024147
- identificador nacional de equipe (INE): 229865
- área 0419

- Alterações

- Inclusão de duas auxiliares de enfermagem (junho e novembro de 2015), totalizando três na eSF.

- Em janeiro de 2015, havia registro de 11 visitantes sanitários no CNES da UBS.

Desses, nove também estavam inscritos como agente de saúde pública (20h como VS e 20h como ASP). Na competência de janeiro de 2017, eram 10 ACE e 1 ASP, com carga horária de 40h semanais. Ou seja, o número de agentes foi mantido, apesar de ter havido substituição de dois ACE.

.

4) CAMBÉ*****

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2730847

- identificador nacional de equipe (INE): 377155

- área 0020

- Alterações

- Foram muitas alterações ocorridas em 2016, principalmente em maio, mês em que o trabalho de campo foi iniciado no local.

- Ampliação do número de ACS: de quatro para cinco (julho de 2016).

- inclusão de um técnico de enfermagem (maio de 2016).

- Não existem duas das três visitadoras sanitárias, pois se tornaram ACE; inclusão de duas ACE, totalizando quatro na equipe.

- Inclusão de duas auxiliares de enfermagem e substituição de uma, totalizando quatro auxiliares na eSF.

- Inclusão de uma ASB, totalizando duas na eSF.

.

5) CURUÇÁ – PA

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 5462916
- identificador nacional de equipe (INE): 023612
- área 0003

- Alterações

- Substituição da técnica de enfermagem (abril de 2016).
- O ASP inscrito na equipe tornou-se ACE.

6) GARANHUNS – PE

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 3001369
- identificador nacional de equipe (INE): 142131
- área 0004
- Está cadastrada como eSF com SB modalidade I, mas é composta por ASB e TSB.

- Alterações

- O ASP inscrito anteriormente na equipe se tornou ACE, e sua carga horária passou de 30 horas para 40 horas semanais (abril de 2016).
- Substituição de um ACS (janeiro/2016).

7) GOIÂNIA – GO

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 3373681
- identificador nacional de equipe (INE): 459615
- área 0113

- Alterações

- Substituição de um agente comunitário de saúde (janeiro de 2017).

- Redução do número de ACS, de quatro para três.

* O ASP inscrito na UBS se manteve no cargo.

8) JACIARA – MT

• Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2397161

- identificador nacional de equipe (INE): 448753

- área 0004

• Alterações

- Inclusão de uma auxiliar em saúde bucal, totalizando duas na equipe (maio de 2016).

- Substituição do ASP por dois ACE.

- Redução do número de ACS, de oito para sete.

9) LAJE – BA

• Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2770784

- identificador nacional de equipe (INE): 200859

- área 0003

• Alterações

- Inclusão de uma técnica de enfermagem, totalizando duas na equipe (julho de 2016).

- Inscrição de dois ACE na eSF. Em janeiro de 2015, havia dois visitantes sanitários registrados na UBS. Uma delas se tornou ACE e está na eSF; o outro foi substituído por um ACE.

10) **MARACANAÚ – CE****** (ver qual equipe vamos colocar como referência: a equipe selecionada ou a equipe que de fato foi investigada?). Coloquei aqui dados referentes à equipe selecionada.

• Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2372177
- identificador nacional de equipe (INE): 096822
- área 0004

- Alterações

- Substituição da auxiliar de enfermagem (janeiro de 2017).
- Ausência da visitadora sanitária anteriormente inscrita na UBS.

11) MARINGÁ – PR

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2586347
- identificador nacional de equipe (INE): 390682
- área 0039

- Alterações

- Substituição do auxiliar de enfermagem (novembro de 2016).
- Ausência de visitador sanitário (em janeiro de 2015, havia três inscritos na equipe). Uma se tornou ACE e permanece na eSF.

12) MONTE AZUL

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2104733
- identificador nacional de equipe (INE): 256781
- área 0002

- Alterações

- Substituição de três ACS (junho de 2016).
- O ASP da equipe foi substituído por um ACE (julho de 2016).
- Substituição da técnica de enfermagem (março de 2016).
- Substituição da auxiliar em saúde bucal (abril de 2016).
- Substituição da técnica em saúde bucal (março de 2016).

13) NIQUELÂNDIA – GO

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 8011087
- identificador nacional de equipe (INE): 463590
- área 0302

- Alterações

- Inclusão de uma técnica de enfermagem, totalizando três na equipe (abril de 2015).
- Os três agentes de saúde pública inscritos na eSF em janeiro de 2015 estão atualmente registrados como ACE, na mesma equipe.

14) PATOS DE MINAS

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 6306179
- identificador nacional de equipe (INE): 261963
- área 0017

- Alterações

- Substituição de um ACS (setembro de 2015).
- Ausência dos dois ASP inscritos na UBS em janeiro de 2015.
- Inclusão de uma ACE na UBS (fevereiro de 2016).

15) PENÁPOLIS – SP

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 7294964
- identificador nacional de equipe (INE): 1479687
- área 0002

- Alterações

- Substituição de dois ACS (fevereiro de 2015 e julho de 2016).
- Ausência da ASP anteriormente inscrita na UBS.
- Substituição da auxiliar de enfermagem por uma técnica de enfermagem.

16) PIRIPIRI – PI

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2369613
- identificador nacional de equipe (INE): 073415
- área 0010

- Alterações

- O Agente de Saúde Pública vinculado à eSF em janeiro de 2015 foi substituído por um ACE (agosto de 2015).
- Substituição de uma ACS (junho de 2015).
- Substituição da técnica em saúde bucal (junho de 2016).

17) RECIFE – PE

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 3153568
- identificador nacional de equipe (INE): 155179
- área 0650

- Alterações

- Inclusão de sete ACE na eSF (agosto de 2015). Na competência de janeiro de 2015, os ACE estavam cadastrados no CNES da unidade.
- Substituição da auxiliar de enfermagem.
- Ausência/exclusão da técnica em saúde bucal.

18) RIO DE JANEIRO – RJ

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2806320
- identificador nacional de equipe (INE): 303895
- área 5304

- Alterações

- Em janeiro de 2015, havia seis visitantes sanitários registrados no CNES da UBS, e nenhum nas eSF. Em janeiro de 2017, não existia mais esse cargo na UBS e quatro dos antigos visitantes sanitários se tornaram ACE, sendo que uma foi registrada na eSF selecionada.
- Substituição de um ACS (julho de 2016).

19) SÃO MATEUS DO MARANHÃO – MA

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 2458489
- identificador nacional de equipe (INE): 061204
- área 0006

- Alterações

- Em janeiro de 2015, havia quatro visitantes sanitários inscritos na eSF. Em janeiro de 2017, estavam registrados como ACE e existiam apenas três.
- Redução do número de ACS, de seis para cinco.
- Substituição da auxiliar em saúde bucal (junho de 2016).

20) TAUÁ – CE

- Dados da equipe

- Lotada na unidade de CNES: 8014949
- identificador nacional de equipe (INE): 105031
- área 0004

- Alterações

- Redução no número de ACS, de seis para quatro.

- Os três visitantes sanitários se tornaram ACE.
- Inclusão de mais dois ACE, totalizando cinco na eSF.
- Substituição da ASB.

APÊNDICE VI - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

1. Cotidiano de trabalho dos técnicos em saúde de caráter individual (vinculado às funções previstas para cada especialidade) e em equipe;
2. Tarefas prescritas relativas às especialidades realizadas cotidianamente;
3. Tarefas prescritas relativas às funções comuns da equipe realizadas cotidianamente;
4. Tarefas não prescritas relativas às especialidades realizadas cotidianamente e/ou eventualmente;
5. Tarefas não prescritas relativas às funções comuns da equipe realizadas cotidianamente e/ou eventualmente;
6. Problemas e imprevistos ocorridos de caráter técnico, administrativo, relacional, etc. que envolvam trabalhadores individualmente, equipe, usuários e outros que remetam a instâncias distintas da equipe;
7. Ações resolutivas de problemas e imprevistos realizadas individualmente e em equipe;
8. Relações de ordem técnica (procedimentos e protocolos relativos ao fluxo do trabalho) e comunicacional dos trabalhadores entre si;
9. Relações de ordem técnica (procedimentos e protocolos relativos ao fluxo de trabalho) e comunicacional entre trabalhadores de nível médio e superior;
10. Relações de ordem assistencial e comunicacional dos trabalhadores com os usuários;
11. Reuniões de equipe, com atenção para a regularidade com que realizam; os assuntos tratados; a coordenação reunião (quem e como); forma, intensidade e efetividade da participação dos trabalhadores;
12. Processos de educação permanente, com atenção para a regularidade com que se realizam; assuntos tratados; coordenação (quem e como); forma, intensidade e efetividade da participação dos trabalhadores;
13. Aspectos facilitadores e aqueles que dificultam o trabalho das especialidades e do trabalho em equipe.

APÊNDICE VII - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

1. Identificação do profissional

O registro destas informações, que devem ser coletadas ao longo do contato com os profissionais (observação participante), deve ser feito na ficha de identificação padrão (Apêndice VIII).

2. Trajetória profissional

Este bloco tem por finalidade identificar a trajetória formativa dos profissionais, com foco nas aquisições formais do conhecimento e sua relação com a inserção e permanência no trabalho. Parte-se da premissa que esta trajetória pode não ser linear, o que exige mais esforço do entrevistador na condução de uma linha de raciocínio durante entrevista.

2.1. (Nome do entrevistado), você hoje é (cargo), trabalhando na Saúde da Família. Você pode me contar um pouco a sua história de estudo e trabalho até chegar aqui?

2.2. Conte como/por que você entrou na ESF? E nesta equipe?

2.3. Quem te contratou?

2.4. Para exercer a função de (cargo atual), você fez alguma formação específica? Se sim, quais? Onde cursou?

2.5. Durante o tempo em que você está trabalhando aqui, você fez algum curso, formação ou capacitação? Participou de palestras? (se não, pular para 2.6.)

2.5.1. Você lembra quanto tempo duraram esses cursos/ capacitações/ formações? Onde eles aconteceram? Como você conciliou o horário de trabalho a esses cursos? Quais foram os temas abordados? Quem participou e participa?

2.5.2. Quem define quem participa destes eventos? Quando ocorrem (em horário de trabalho)? Onde ocorrem?

2.5.3. O que te levou a fazer esses cursos/formações/capacitações? Conta um pouco sobre sua experiência durante essas formações.

2.5.4. Como esses cursos/capacitações/formações influenciaram o seu trabalho?

Objetivo: Investigar impacto positivo e/ou negativo (não influenciou/ modificou/frustrou) dessas formações no cotidiano do trabalho destes profissionais (transformação das práticas)

2.5.5. Você consegue me descrever algumas situações em que você percebe, na prática, essa influência/contribuição?

2.6. Você possui alguma outra formação profissional? Qual (is)? Quando fez? Por quê? (se não, pular para 2.7.)

2.6.1. Você usa, no seu cotidiano de trabalho aqui na ESF, alguns conhecimentos referentes a esta outra formação? De que forma eles influenciam/contribuem para sua atuação como (cargo)?

2.7. Você conhece/participa do sindicato dos (profissão/cargo), frequenta as reuniões?

2.8. Você participa de algum movimento social?

2.9. Você estuda atualmente ou pretende retomar estudos? (em escola, cursinho, faculdade) Por quê? (se não, pular para 2.7.)

2.9.1. Você está trabalhando e estudando. Uma coisa interfere na outra? Como é isso? Como você concilia o estudo com o trabalho?

2.9.2. Você acha que seus estudos atuais (na escola, por conta própria ou promovidos pelos serviços) contribuem para seu trabalho individual ou em equipe?

3. Processo de trabalho e saberes profissionais

3.1. Considerando o que você já aprendeu até hoje (na escola, no curso técnico, na educação permanente, na prática), que conhecimentos você mais usa para realizar o seu trabalho? Onde e/ou com quem você aprendeu sobre isso?

3.2. Como é seu dia a dia, sua rotina de trabalho? Você pode me descrever o que você faz? Se for melhor para você, você pode descrever sua rotina semanal, o que você faz segunda, terça, quarta...

3.3. Quem define as tarefas que você tem desempenhado no seu trabalho cotidiano? Vocês têm como referência uma carteira de serviços ou algum outro documento que defina as atribuições de cada membro da equipe?

3.4. Você tem autonomia para decidir algumas tarefas ou para organizá-las?

3.5. Dessas atividades que você falou que realiza, o que você costuma fazer sozinho? Por que acontece assim?

3.6. E o que você faz, em geral, acompanhado? Quem o acompanha? Ele(a) faz parte da sua equipe?

3.7. Existem tarefas que não são previstas, mas que você acaba realizando? Se sim, quais? (se não, pular para 3.8.)

3.7.1. Por que você acaba realizando essas tarefas?

3.8. E o contrário: existe alguma tarefa que você acha que deveria ser realizada, mas que acaba não realizando? Quais? (se não, pular para 3.9.)

3.8.1. Por que você acaba não realizando essas tarefas?

3.9. Normalmente surgem dúvidas, dificuldades, imprevistos/situações novas na realização do nosso trabalho. Como você resolve essas situações? Você recorre a alguém para ajudá-lo? Quem? (coordenador, médicos, enfermeiros, outros técnicos, ACS/AVS). Por quê?

4. Trabalho em equipe

4.1. Agora me fale um pouco sobre sua equipe: quem a compõe?

4.1.1. Como é composta a equipe de AVS? Existem profissionais de nível superior, como biólogos, veterinários, entre outros? (específica para AVS)

4.2. Como é o relacionamento entre vocês?

4.3. Com quem você se relaciona frequentemente no trabalho? Por quê?

4.4. No que você acha que contribui para o trabalho em equipe?

4.5. Para técnicos: Destacando vocês, técnicos de enfermagem e de saúde bucal, que são técnicos, como é o relacionamento, dentro da equipe, entre vocês? E com os ACS, ASB e AVS? E com os profissionais de nível superior (médico, enfermeiro, dentista)?

Para AVS ou ACS ou ASB: Destacando vocês, (ACS ou AVS ou ASB), como é o relacionamento com os ACS/AVS/ASB? E com os técnicos de enfermagem e de Saúde Bucal? E com os profissionais de nível superior?

4.6. E entre vocês e o coordenador/supervisor da equipe? E com o gerente da unidade?

4.7. A equipe faz reuniões? Com que regularidade? (se não, pular para 4.8.)

4.7.1. Quais são os assuntos tratados nessas reuniões?

4.7.2. Quem coordena as reuniões?

4.7.3. Você consegue expor sua opinião e ser ouvido nessas reuniões? Por quê?

4.8. Quais os principais problemas ou dificuldades enfrentadas por vocês, da equipe, na realização do trabalho? Como vocês tentam resolvê-los?

4.9. Do que você sente falta para realizar seu trabalho como você gostaria?

4.10. Você faria quais propostas para melhorar seu trabalho e o trabalho da equipe?

4.11. Se você tiver que ensinar o seu trabalho a um colega novo na equipe, para o que você chamaria a atenção dessa pessoa?

5. Relação com o usuário

5.1. Agora vamos falar sobre os usuários. Fale um pouco sobre sua relação com eles.

5.2. Você encontra dificuldades nessa relação com os usuários? Quais? Como você tenta resolvê-las? Do que você lança mão para enfrentar essas dificuldades?

6. Conclusão e percepções sobre a entrevista

6.1. Depois de tudo que falamos – da sua história de formação, da organização do seu trabalho... – quais são os seus planos para o futuro?

6.2. O que você achou da entrevista, das perguntas que foram feitas?

6.3. Você quer colocar alguma coisa, que julga importante pra pesquisa, e que não foi contemplada?

APÊNDICE VIII - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL ENTREVISTADO

Ficha de identificação do entrevistado	
Estas questões devem ser abordadas/captadas durante observação participante. Servirão como base para a entrevista, facilitando a contextualização dos pontos do roteiro semiestruturado. Caso não seja possível obter tais informações antes da entrevista, abordá-las em momento oportuno da conversa, evitando causar constrangimentos.	
1.	Código/número do arquivo digital da entrevista (ver registro no gravador)
2.	Nome do entrevistado (apenas 1º nome)
3.	Gênero
4.	Idade
5.	Local de moradia (bairro, mas especificar área. Ex: mora em que local de Copacabana?)
6.	Cargo/função na equipe de Saúde da Família
7.	Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família
8.	Tempo de trabalho na equipe atual
9.	Vínculo empregatício
9.1.	Tipo de vínculo (CLT, estatutário, contrato temporário, etc)
9.2.	Agente contratante (OS, fundações, administração direta – para facilitar, perguntar “quem te contratou?”)
9.3.	Forma de ingresso (seleção pública, concurso, indicação, etc)
9.4.	Salário e benefícios
10.	Exercício de outra (s) atividade (s) remunerada (s) (sim/não, quais, por quê?)
11.	Circunstâncias da entrevista
11.1.	Negociações sobre momento da entrevista (escolha do horário/local; atitude do profissional quanto à participação; reação da equipe...)
11.2.	Local de realização (sem/com privacidade; ao ar livre; sala da UBS)
11.3.	Atitudes e postura do entrevistado durante entrevista (impaciência, receio, apreensão, tranquilidade, abertura, etc)
11.4.	Interrupções e outros aspectos relevantes

APÊNDICE IX - PROGRAMAÇÃO DA 3ª. OFICINA DE TRABALHO DO PROJETO “PROCESSO DE TRABALHO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS SABERES, PRÁTICAS E COMPETÊNCIAS”

**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz
Rio de Janeiro, 28/11 a 02/12/2016**

Coordenação: Marise N. Ramos

Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho dos técnicos em saúde que atuam na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente na Estratégia Saúde da Família, considerando a formação profissional, as atribuições, as competências profissionais (saberes e modos de cognição), o escopo, a divisão e a incorporação de atividades e práticas entre os trabalhadores técnicos e entre estes e os profissionais de nível superior.

Objetivos Específicos

1. Analisar a formação profissional desses trabalhadores, considerando os princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família e as características do processo de trabalho. Questão de estudo (A).
2. Identificar as atribuições, o escopo de práticas, saberes e competências (modos de cognição) e dos auxiliares/técnicos de enfermagem, técnico de saúde bucal, agentes comunitários da saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família, bem como os agentes de vigilância em saúde atuantes nas áreas investigadas. Questões de estudo (B).
3. Identificar a divisão do trabalho entre esses trabalhadores técnicos e entre estes e os de nível superior, bem como a incorporação de atividades e práticas que incidem sobre essa divisão. Questões de estudo (C).

Questões de estudo:

A) Quanto à formação:

A1) Qual a escolaridade desses trabalhadores?

A2) A formação profissional (inicial e continuada) é compatível com o processo de trabalho real?

- Sistematização e síntese em elaboração, por categoria profissional.
- Insumos: Quadros 1 e 2.

B) Quanto a práticas, saberes e competências profissionais:

- Insumos: Quadros 1 ou 2 (por categoria profissional); Quadro 3 (por equipe) - categoria de análise 9 (Processo de trabalho)
- B1) Qual o escopo ou âmbito de práticas?
- B2) Que saberes estão implicados nas práticas desses trabalhadores?
- B2a) Que tipos e fontes de conhecimentos predominam na prática desses profissionais?
- B3) Que competências práticas e cognitivas são mais frequentemente mobilizadas por esses trabalhadores frente a essas situações?
- B3a) Que modos de cognição predominam na equipe?
- B4) Qual a qualidade dos saberes da equipe, considerando os modos de cognição que processam os conhecimentos.
-
- **Exemplo do escopo de práticas do ACS (B1)**

ESCOPO DE PRÁTICAS ACE – Rio de Janeiro

Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar focos com lavas nos imóveis visitados - Tratar os focos com larvicida nos imóveis visitados - Orientar o morador do imóvel visitado (domicílio) como evitar o foco e como acabar com ele 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar sintomas de contaminação e orientar sobre o tratamento. - Orientar gestantes quanto ao uso de repelentes. - Identificar necessidade de visita do ACS ou da equipe 		

Exemplo do escopo de práticas do TSB (B1)

ESCOPO DE PRÁTICAS TSB – Rio de Janeiro			
Tarefas Prescritas e realizadas	Tarefas não prescritas e realizadas	Tarefas prescritas e não realizadas	Desvios de Função
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o exame epidemiológico - Realizar a triagem no atendimento odontológico - Realizar atividades em grupos de gestantes, crianças, diabéticos e hipertensos. - Realizar atividades no domicílio, creche, escola e abrigo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atividades aos sábados quando necessário. - Orientar usuários durante as VDs a procurar a enfermeira e/ou médico caso identifique outras demandas além da saúde bucal. - Orientar o usuário a parar de fumar e encaminhar para o grupo de tabagismo 		

C) Quanto às interações no interior da equipe:

C1) Que (conflitos) **RELAÇÕES** existem no interior da equipe de saúde, ou entre os trabalhadores técnicos e entre esses e os profissionais de nível superior?

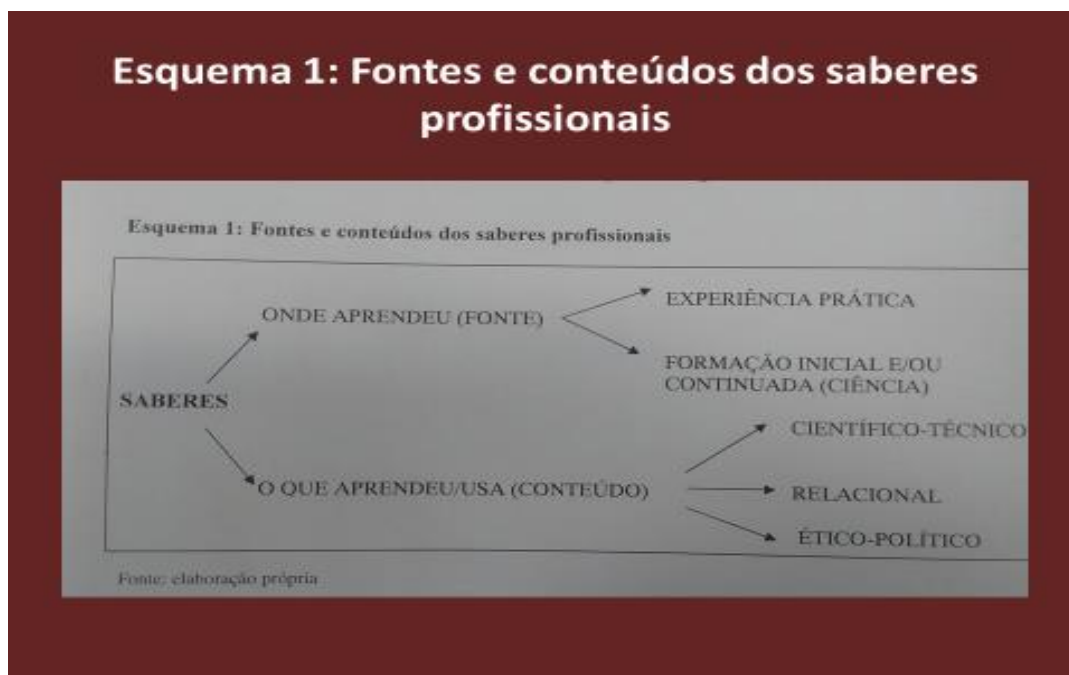
C2) Que estratégias são implementadas pelos próprios trabalhadores para contorná-las ou superá-las?

C3) Que dificuldades são mais frequentes para a realização do trabalho multiprofissional?

- Sistematização e síntese em elaboração, por equipe
- Insumo: Relatórios por equipe e quadro 3.

Síntese da elaboração do referencial teórico sobre saberes profissionais

- O conceito de saber profissional pressupõe o conhecimento em uso e não o enunciado.
- Dualidade epistemológica: fontes dos conhecimentos que constituem o saber profissional: ciência (formação) e experiência (prática profissional).
- O compartilhamento de saberes pela equipe (multi)profissional, constitui a cultura profissional dessa equipe: na articulação com a teoria sobre o trabalho em equipe: integração ou agrupamento.

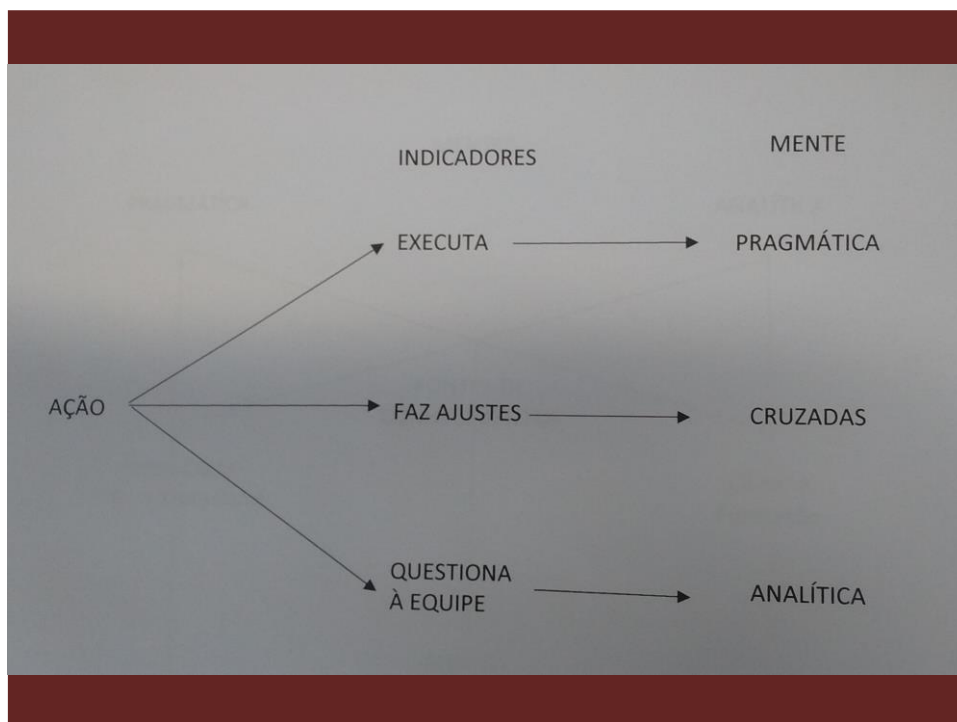
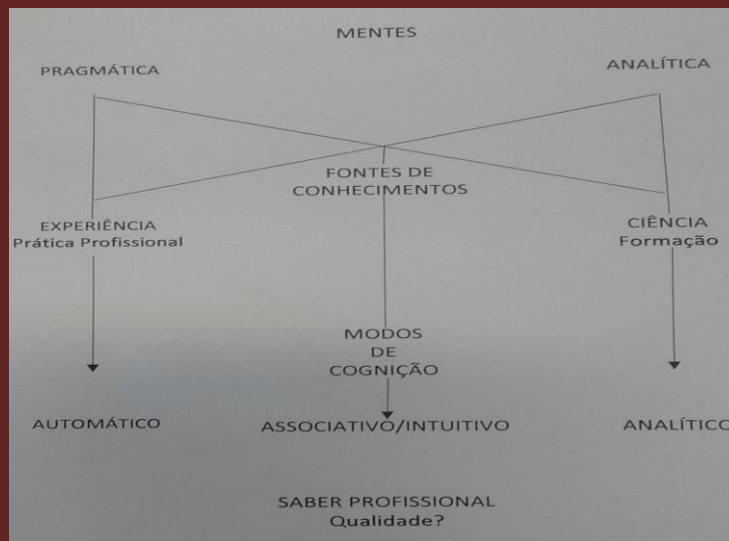


Tipos de conhecimentos/Conteúdo dos saberes

- **Conhecimento de tipo científico-técnico:** relativo às ciências que fundamentam a profissão/especialidade e às técnicas adequadas aos respectivos procedimentos. Pode-se identificar o uso desses conhecimentos de forma considerada correta ou não. Fazer o devido registro se isto ocorrer. Exemplos: “para manusear o larvicida, eu antes coloco a luva”; “eu aprendi a usar o peresal”; “pesar, ver a pressão, ...”.
- **Conhecimento do tipo relacional:** relativo a forma como aborda/acolhe o usuário e se relaciona com os membros da equipe. Exemplo: “aí eu explico para ele que é importante não faltar a consulta”; “eu tenho que usar o bom humor”; “a gente tem que ter muita paciência”; “aí eu peço para ele ter calma”.
- **Conhecimento do tipo ético-político:** relativo aos direitos e deveres no exercício da profissão, seja no âmbito das práticas (exemplo: sigilo de informações do usuário, prudência em não realizar procedimentos que não seja de sua atribuição), seja no âmbito das organização social/política (exemplo: “eu sei que permaneço na unidade mais tempo do que é a minha obrigação”, “aí eu vou lá na reunião e falo, porque sei que todo mundo tem o direito de manifestar sua opinião”, “eu procurei o pessoal do sindicato”).

EXEMPLO: CONTEÚDOS E FONTES DOS SABERES DO TSB – RIO DE JANEIRO		
CONTEÚDO	FONTES	
	PRÁTICA (Experiência)	FORMAÇÃO (Ciência)
CIENTÍFICO-TÉCNICO	<ul style="list-style-type: none"> - Classificação de risco e triagem; - Orientações e palestras sobre escovação para gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos; - Exame epidemiológico e classificação de prioridade; - Avaliação do uso de prótese dentária e orientação do uso da pasta profilática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de EPI para exames - Avaliação oral do paciente, exame, raspagem, limpeza e anotações; - Classificação de risco e triagem
RELACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Forma de abordagem, comunicação, convencimento e reação com o usuário para contornar situações de comportamento agressivo e/ou recusa da entrada do profissional na residência. 	
ÉTICO-POLÍTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar com o usuário a entrada no seu imóvel. - Identificar outras necessidades de saúde do usuário e encaminhar/orientar a procurar o enfermeiro e/ou médico - Oferece ajuda caso a equipe tenham problemas ou os colegas estejam ocupados demais. - Propõe a criação de mais uma equipe de saúde bucal devido ao tamanho da comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar outras necessidades de saúde do usuário e encaminhar/orientar a procurar o enfermeiro e/ou médico (Formação de Téc. de Enf.).
	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuindo com as atribuições dos colegas¹¹. - Reconhecer os limites de sua ação face às suas atribuições e as dos colegas¹². 	

O saber profissional como representação situada: uma abordagem cognitiva da ação. Dualidade da mente (Evans, 2008, 2009)



AÇÃO	MENTES	FONTES	MODOS DE COGNIÇÃO
EXECUTA	PRAGMÁTICA	PRÁTICA	AUTOMÁTICO
FAZ AJUSTES	PRAGMÁTICA	CIENTÍFICA	ASSOCIATIVO/INTUITIVO
	ANALÍTICA	PRÁTICA	
QUESTIONA COM FUNDAMENTO CIENTÍFICO	ANALÍTICA	CIENTÍFICO	ANALÍTICO

O trabalho profissional como componente relacional tende a ser pragmático – é preciso dar resultados no tempo esperado.

Este pragmatismo pode tender ao utilitário (modo de cognição automático) ou à práxis (modos de cognição associativo/intuitivo ou analítico).

A tendência à práxis depende da qualidade das respectivas fontes de conhecimento: capacidade de colocar em prática os conhecimentos científicos; e capacidade de analisar os conhecimentos da prática nas situações.

A qualidade do saber profissional dos técnicos depende desse movimento.

Associando os saberes profissionais com o trabalho em equipe, presume-se que se saberes são mobilizados individualmente pelos técnicos, tem-se uma equipe agrupamento, enquanto se eles são compartilhados na forma de uma cultura profissional, tem-se uma equipe integração.

APÊNDICE X - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

1. Relação equipe – institucionalidade – unidade de saúde

- 1.1. Tempo de implantação da equipe
- 1.2. Coerência entre o CNES (composição formal) e a composição real da equipe;
- 1.3. Infraestrutura da unidade (aspectos materiais e da força de trabalho): ex: falta de materiais, equipamentos, instrumental e de pessoal; disponibilidade e utilização dos espaços;
- 1.4. População adscrita, história da unidade de saúde;
- 1.5. Relações com outros membros da unidade de saúde;
- 1.6. Relação da equipe com o PMAQ;
- 1.7. Relações institucionais (convênios/estágios em parceria com universidades, ETSUS, FIOCRUZ, etc.);
- 1.8. Existência de Núcleo de Atenção à Saúde da Família;
- 1.9. Relação com a rede de Atenção à Saúde do município.

2. Características organizacionais do trabalho em equipe

- 2.1. Inserção do ACE e existência de uma equipe específica de ACE – relações entre esta e a ESF;
- 2.2. Carga horária, funcionamento (formal e real), organização e divisão do tempo de trabalho da equipe (turnos e atividades);
- 2.3. Divisão e desvios das funções entre profissionais da mesma categoria profissional e entre todos (ex.: acolhimento destinado aos ACS);
- 2.4. Espaços/ferramentas formais e informais de comunicação e planejamento das ações entre os membros da equipe (whatsapp, prontuários, reuniões, café da manhã, etc). Descrever como realizam, quem participa, regularidade, assuntos tratados, efetividade da participação dos trabalhadores...
- 2.5. Concepções dos profissionais sobre a composição da equipe (ex: profissionais da SB se referem à equipe de SB): o que ele entende como “*sua equipe*”.

3. Características relacionais do trabalho em equipe

- 2.1. Processos de legitimação/deslegitimação do saber dos outros profissionais. Ex: técnica de enfermagem que menospreza ou valoriza o trabalho/saber do ACS;
- 2.2. Espaços de fala e intervenção dos técnicos (em especial dos que interagem na comunidade);
- 2.3. Resistências dos trabalhadores expressas em situações em que existe desigualdade de poder em relação aos outros profissionais da equipe;
- 2.4. Como o trabalho do ACS e do AVS retornar para a equipe;
- 2.5. Disputas entre membros da equipe que se manifestam no âmbito dela (entre técnicos; entre técnicos e profissionais de nível superior), por diversas causas, dependentes ou não das categorias profissionais. Exemplo: “quem vai fazer o curso?”; questões/relações externas à equipe, como aquelas advindas da unidade de saúde e/ou da comunidade, etc...
- 2.6. Acordos entre membros da equipe que se manifestam no âmbito dela (entre técnicos; entre técnicos e profissionais de nível superior), por diversas causas,

dependentes ou não das categorias profissionais, influenciadas por questões/relações internas ou externas à equipe, advindas da unidade, da comunidade, etc...

- 2.7. Influência da formação em nível superior do trabalhador técnico em sua relação com a equipe;
- 2.8. Relações entre trabalhadores que são por escolha do profissional;
- 2.9. Relações entre trabalhadores técnicos na mesma categoria;
- 2.10. Relações entre trabalhadores técnicos e profissionais de nível superior, incluindo implicações da presença/ausência da(o) médica(o), da enfermeira(o) e da(o) dentista no trabalho em equipe (hierarquias, parceria, cumplicidade, submissão, medo).

4. Características do território/comunidade

- 4.1. Características das políticas macro e loco regionais no território;
- 4.2. Densidade populacional;
- 4.3. Grau de urbanização; ideia de periferia, comunidade rural, área metropolitana...
- 4.4. Aspectos econômicos e sociais da comunidade (“nível” de pobreza, violência, uso de drogas, HIV, sífilis – aspectos que caracterizam a população adscrita);
- 4.5. Acontecimentos regulares e esporádicos (baile *funk* – que causa aumento da demanda na unidade, festa junina – envolvimento dos trabalhadores, principalmente ACS, com eventos que mobilizam a comunidade e que tenham alguma relação com o trabalho);
- 4.6. Equipamentos sociais do território (escolas, praças, quadras, igrejas, sindicatos, etc);
- 4.7. Tempos da comunidade que interferem, de alguma forma, no trabalho da equipe. Exemplo: VD tem que ser realizada a partir das 9h, ao invés das 8h, porque usuários não atendem mais cedo;
- 4.8. Costumes compartilhados na comunidade: utilização de ervas medicinais, saberes e cultura locais.

5. Perfil dos Trabalhadores

5.1. Formação dos Trabalhadores

- 5.1.1. Escolaridade: motivos para interrupção ou para continuidade (projetos de retomada);
- 5.1.2. Processos de educação permanente, com atenção para a regularidade com que realizam; assuntos tratados; coordenação (quem e como); forma, intensidade e efetividade da participação dos trabalhadores;
- 5.1.3. Processos formativos concluídos, não concluídos e/ou em andamento e sua repercussão no trabalho sob a ótica dos profissionais;
- 5.1.4. Influências e contribuições das formações no trabalho cotidiano dos profissionais.

5.2. Trajetória profissional e social (como aspectos individuais, do trabalhador, podem interferir no coletivo, neste caso, a equipe de trabalho)

- 5.2.1. Inserções profissionais anteriores: motivações, tipo de atividade, tempo de atuação, aprendizados, remuneração;

- 5.2.2. Atividade na Estratégia Saúde da Família: motivações, forma de ingresso, vínculo, tempo de inserção e agente contratante;
- 5.2.3. Inserção/participação em organizações coletivas de diversas ordens (política, profissional, religiosa).

6. Experiência de organização política dos trabalhadores

Considerar a visão do trabalhador sobre possível atuação e, além da visão dos outros membros da equipe sobre essa participação/envolvimento;

- 6.1. Estratégias/experiências de mobilização dos trabalhadores: sindicatos, grupos, associações; realização de reuniões, negociações, manifestações;
- 6.2. Representação sindical.

7. Questões relativas à saúde do trabalhador

Efeitos e condições do trabalho sobre o trabalhador (saúde do trabalhador, adoecimento, sofrimento psíquico, acidentes de trabalho, riscos – insalubridade, periculosidade, violência no território, dentre outras).

8. Valor (*importância do trabalho, relevância frente às finalidades dele e para além delas*) e sentido (“*para que eu estou fazendo esse trabalho*”, *qual a finalidade*) que o profissional atribui ao seu trabalho

9. Processo de Trabalho e saberes profissionais

- 9.1. Cotidiano de trabalho dos técnicos em saúde (atividades individuais e em parceria);
- 9.2. Disponibilidade do tempo e de habilidades do trabalhador para o usuário fora do horário de trabalho e suas implicações subjetivas;
- 9.3. Conhecimento/desconhecimento sobre o escopo de práticas da profissão na ESF e os instrumentos/instituições legais que o definem (Conselho regional, PNAB, documentos locais, carteira de serviços, contrato de gestão, edital de concursos...);
- 9.4. Conhecimento/desconhecimento sobre as diretrizes e procedimentos da sua especialidade, bem como dos saberes teóricos, técnicos e relacionais das suas competências;
- 9.5. Divergências e convergências entre o trabalho prescrito e o trabalho real e razões dessa divergência;
- 9.6. Tarefas prescritas relativas às especialidades realizadas cotidianamente;
- 9.7. Tarefas não prescritas relativas às especialidades realizadas cotidianamente e/ou eventualmente (motivos para realização);
- 9.8. Tarefas que não realiza, mas acha que deveria realizar;
- 9.9. Dificuldades, problemas e imprevistos de caráter técnico e quais as estratégias de enfrentamento (ex: cadeira do dentista em mau funcionamento, falta de material, ...);
- 9.10. Fontes dos conhecimentos mobilizados pelos trabalhadores nas situações cotidianas (escola, experiência processos formativos, aprendizado com os outros...);
- 9.11. Autonomia no planejamento e na realização das atividades;

- 9.12. Influência da formação de nível superior no processo de trabalho do técnico;
- 9.13. Tipos de conhecimentos que mais utilizam no seu trabalho: técnico, relacional e/ou ético-político

10. Relação equipe/trabalhador – gestão municipal

Aqui, entendem-se como gestão municipal as seguintes instâncias: Coordenações (Atenção Básica, Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Imunização, etc), a Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura.

- 10.1. Reuniões entre a equipe/trabalhadores da equipe e a gestão municipal: Frequência e conteúdo, profissionais da equipe que participam;
- 10.2. Processos de planejamento e tomada de decisões entre a gestão e a equipe;
- 10.3. Problemas e imprevistos de caráter administrativo que envolvem trabalhadores individualmente, a equipe, os usuários e a gestão;
- 10.4. Ações resolutivas de problemas e imprevistos realizadas pela equipe em relação à gestão;
- 10.5. Formas de ingresso e de contratação, incluindo mudanças na equipe. Exemplo: em Penápolis, quando a equipe foi implantada, a contratação se deu por contrato e depois houve seleção pública.

11. Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade

- 11.1. Relações assistenciais e comunicacionais dos trabalhadores com os usuários: diz respeito a todos os depoimentos sobre trabalhos que envolvem o usuário. Exemplo: usuários que se comunicam com trabalhadores através de vias diversas; estratégias de abordagem e de mediação, tranquilização, orientação, convencimento dos usuários e etc;
- 11.2. Disponibilidade do tempo do trabalhador fora do horário de trabalho e implicação subjetiva (profissional que se dispõe a escutar, atender demandas, resolver questões para usuários);
- 11.3. Questões de gênero entre trabalhadores e a comunidade (ex: ACS mulheres que não fazem VD em algumas casas com homens que moram sozinhos): adotar descrição de gênero – “a ACS”;
- 11.4. Relações intersetoriais do território que envolvem a equipe;
- 11.5. Práticas e relações sociais da equipe/trabalhadores no território (movimentos sociais, redes de apoio social, grupos tradicionais): como profissionais da equipe se relacionam com os movimentos sociais e sindicatos que existem na comunidade;
- 11.6. Práticas e relações políticos-eleitorais no território: ênfase na questão do voto;
- 11.7. Características do trabalho que ocorre fora da infraestrutura da unidade de saúde (tipo de atividade, local de realização, forma de pactuação, materiais utilizados, etc): aqui, não incluir as visitas domiciliares;
- 11.8. Relação com a comunidade do ponto de vista da resolutividade do trabalho em equipe. Exemplo: a comunidade não acredita na equipe porque os

resultados dos exames laboratoriais que chegam à unidade demoram muito a serem repassados aos moradores;

11.9. Processos de legitimação/deslegitimação do saber do usuário

Orientações gerais

- 1) Importante destacar que não estamos analisando apenas o trabalhador enquanto indivíduo, e sim a equipe e toda a dinâmica relacionada ao trabalho da equipe;
 - 2) Nos casos em que a “história” de vida tiver implicações no processo de trabalho, elaborar um resumo e estabelecer tal relação;
 - 3) É fundamental que sejam coletadas informações precisas sobre vínculo empregatício dos trabalhadores entrevistados, diferenciando por categorias (buscar junto ao setor de RH das secretarias municipais de saúde ou afins);
 - 4) Extrair da entrevista a relação entre: a) as atividades prescritas e realizadas, b) as atividades não prescritas, mas realizadas; e c) atividades prescritas e não realizadas.
 - 5) Ao se identificarem os tipos de conhecimentos que mais utilizam no seu trabalho (conteúdo do saber profissional, conforme Esquema 1), classificá-los como científico-técnico, relacional e ético-político, assim definidos (em caso de dúvidas ou dubiedades, pode-se classificar o mesmo conhecimento como sendo de mais de um tipo):
- **Conhecimento de tipo científico-técnico:** relativo às ciências que fundamentam a profissão/especialidade e às técnicas adequadas aos respectivos procedimentos. Pode-se identificar o uso desses conhecimentos de forma considerada correta ou não. Fazer o devido registro se isto ocorrer. Exemplos: “para manusear o larvicida, eu antes coloco a luva”; “eu aprendi a usar o peresal”; “pesar, ver a pressão, ...”.
 - **Conhecimento do tipo relacional:** relativo a forma como aborda/acolhe o usuário e se relaciona com os membros da equipe. Exemplo: “aí eu explico para ele que é importante não faltar a consulta”; “eu tenho que usar o bom humor”; “a gente tem que ter muita paciência”; “aí eu peço para ele ter calma”.
 - **Conhecimento do tipo ético-político:** relativo aos direitos e deveres no exercício da profissão, seja no âmbito das práticas (exemplo: sigilo de informações do usuário, prudência em não realizar procedimentos que não seja de sua atribuição), seja no âmbito das organização social/política (exemplo: “eu sei que permaneço na unidade mais tempo do que é a minha obrigação”, “aí eu vou lá na reunião e falo, porque sei que todo mundo tem o direito de manifestar sua opinião”, “eu procurei o pessoal do sindicato”).

APÊNDICE XI - QUADRO 1: ANÁLISE POR TRABALHADOR

Categorias	Excertos da entrevista do trabalhador	Observações em campo
1. Relação entre equipe, institucionalidade e unidade de saúde		
2. Características organizacionais do trabalho em equipe		
3. Características relacionais do trabalho em equipe		
4. Características do território/comunidade		
5. Perfil dos trabalhadores		
5.1. Formação dos trabalhadores		
5.2. Trajetória profissional e social		
6. Experiência de organização política dos trabalhadores		
7. Questões relativas à saúde do trabalhador		
8. Valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho		
9. Processo de trabalho e saberes profissionais		
10. Relação entre equipe/trabalhador e a gestão municipal		
11. Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade		

APÊNDICE XII - QUADRO 2: ASPECTOS CENTRAIS POR EQUIPE

Categorias	Aspectos centrais						Observações em campo
	Entrevistas						
	ACS	ACE	Téc. Enf.	Aux. Enf.	TSB		
1. Relação entre equipe, institucionalidade e unidade de saúde							
2. Características organizacionais do trabalho em equipe							
3. Características relacionais do trabalho em equipe							
4. Características do território/comunidade							
5. Perfil dos trabalhadores							
5.1. Formação dos trabalhadores							
5.2. Trajetória profissional e social							
6. Experiência de organização política dos trabalhadores							
7. Questões relativas à saúde do trabalhador							
8. Valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho							
9. Processo de trabalho e saberes profissionais							
10. Relação entre equipe/trabalhador e a gestão municipal							
11. Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade							

APÊNDICE XIII - QUADRO 3: RETRATO DA EQUIPE

Categorias	Tendências da equipe
1. Relação entre equipe, institucionalidade e unidade de saúde	
2. Características organizacionais do trabalho em equipe	
3. Características relacionais do trabalho em equipe	
4. Características do território/comunidade	
5. Perfil dos trabalhadores	
5.1. Formação dos trabalhadores	
5.2. Trajetória profissional e social	
6. Experiência de organização política dos trabalhadores	
7. Questões relativas à saúde do trabalhador	
8. Valor e sentido que o profissional atribui ao seu trabalho	
9. Processo de trabalho e saberes profissionais	
10. Relação entre equipe/trabalhador e a gestão municipal	
11. Relação entre a equipe/trabalhador e a comunidade	

APÊNDICE XIV - LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO SOBRE TRABALHO EM EQUIPE

	Título	Autor	Ano	Periódico	Resumo
1	A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família	SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A.	2004	Arquivos Catarinenses de Medicina	O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde, em 1994, como uma estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde, tem se revelado um instrumento para a modificação dos paradigmas vigentes na atenção à saúde. O trabalho em equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família tem exigido de seus integrantes mudanças de atitude pessoal e profissional em direção à interdisciplinaridade. A partir da conceituação de interdisciplinaridade, procurou-se analisar o exercício do trabalho em equipe no PSF, buscando reconhecer suas limitações e propor soluções para o problema, que envolve a própria formação dos profissionais de saúde ainda na graduação. Concluiu-se ser necessária uma modificação dos currículos, a fim de formar profissionais de cunho generalista, que se insiram na realidade da população, criando vínculos e soluções criativas para a convivência harmoniosa e produtiva entre os vários saberes na área da saúde.
2	Trabalho em Equipe: Representações Sociais de Profissionais do PSF	LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G.	2008	Psicologia, Ciência e Profissão	Esse artigo é fruto da análise das representações sociais de profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) de Campina Grande (PB) sobre o trabalho em equipe. Realizamos uma pesquisa qualitativa, desenvolvida à luz da teoria das representações sociais. Para isso, foram feitas 24 entrevistas semiestruturadas com profissionais de duas unidades de Saúde da Família – três médicos, três enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, dois cirurgiões-dentistas, dois assistentes sociais, nove agentes comunitários de saúde (ACS) e um auxiliar de consultório dentário. A análise das entrevistas foi feita a partir da proposta de análise de conteúdo temática. De modo geral, o trabalho em equipe no PSF é representado como uma convivência compartilhada no mesmo espaço físico, numa abordagem multiprofissional, sem que seja evidenciada a interdisciplinaridade. O desafio que se apresenta para os profissionais reside em romper o paradigma tradicional da

					saúde, calcado, entre outros aspectos, na fragmentação do conhecimento.
3	Equipe Multiprofissional em Saúde da Família: do Documental ao Empírico, no Interior da Amazônia	PIRES, R. O. M.; CAMPOS, D. A.	2010	Revista Brasileira de Educação Médica	As equipes multiprofissionais foram adotadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), justamente para que esse modelo de atenção permita a articulação entre saberes, na prática da assistência à saúde. Objetivo: investigar a percepção de médicos, enfermeiras e odontólogos sobre o funcionamento de equipes multiprofissionais na Saúde da Família do município de Coari (AM). Métodos: pesquisa qualitativa, com roteiro semiestruturado aplicado em entrevistas individuais a todos os profissionais da atenção primária do município, comparadas a entrevistas com fisioterapeutas e psicólogos de serviço secundário, analisadas à luz da hermenêutica dialética. Resultados: à exceção do discurso dos psicólogos, a percepção de médicos e demais profissionais de Saúde da Família demonstra a fragilidade na construção do projeto de intervenção conjunta, necessário principalmente à ESF, apresentando a perspectiva de que o trabalho multiprofissional se dá apenas em teoria e não na lógica que rege o processo de trabalho.

4	A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família	SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R.	2013	Ciência & Saúde Coletiva	Investigou-se a interdisciplinaridade no trabalho de profissionais de um Curso de Residência em Saúde da Família, na Região Sul do Brasil, em um estudo qualitativo com 11 residentes e cinco supervisores de sete profissões. Por meio de entrevistas, observação e grupo focal, analisou-se a vivência da interdisciplinaridade, identificando elementos facilitadores e dificultadores. A interdisciplinaridade foi expressa como um processo complexo e de ação concreta, que ocorre nas dramáticas do uso de si, numa relação dialética com o contexto político institucional. O estudo evidenciou que trabalhar na saúde da família torna complexo o trabalho e que os profissionais vivenciam a dificuldade de compartilhar saberes e de transitar entre o multi e o inter. Conclui-se que a interdisciplinaridade requer uso integrado de conhecimentos na prática multiprofissional, invasão das fronteiras disciplinares, desenvolvimento de competências para lidar com os desafios do meio e atitude individual como componente fundamental para o agir profissional.
5	Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional	OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C.	2006	Revista de Saúde Pública	O Programa Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. O objetivo do estudo foi analisar o significado da experiência do trabalho em equipe para os profissionais do Programa Saúde da Família. O estudo foi realizado no município de Conchas (SP), no ano de 2004. A abordagem usada foi qualitativa, na vertente da fenomenologia, buscando a essência da realidade vivenciada por oito profissionais de duas equipes do Programa Saúde da Família. Os temas revelaram que o trabalho em equipe se caracteriza por dedicação durante as atividades diárias. É necessário haver interação entre todos os membros para ações integrais, embora haja diferenças de ideologias e condutas entre os profissionais. O contato próximo com as famílias permitiu melhor intervenção nos problemas e o trabalho integrado é fundamental para atuação eficaz e de qualidade. O fenômeno desvelado engendra nova perspectiva de atuação para os

					profissionais e possibilita a compreensão do trabalho em equipe multiprofissional.
6	Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família	ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M.	2007	Ciência & Saúde Coletiva	O trabalho em equipe, embora não seja uma exclusividade da Saúde da Família, representa um de seus principais pilares, e é ainda pouco discutido em pesquisas na saúde coletiva. A perspectiva da integralidade das ações favorece uma ação inter/transdisciplinar. Na construção do projeto de Saúde da Família, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo. Esse artigo apresenta considerações preliminares sobre o trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família, sinalizando seus entraves e possibilidades na construção desse modelo assistencial.
7	Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?	KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E.	2010	Ciência & Saúde Coletiva	O objetivo do estudo foi conhecer como se desenvolve o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família. Utilizou-se metodologia qualitativa. Foi realizado no Município de Santo Antonio do Descoberto (GO), com quatro equipes básicas completas há mais de seis meses. Foram feitos grupos focais, em duas etapas: a primeira com elementos de cada equipe individualmente e, posteriormente, com integrantes das quatro equipes. Para a análise, empregou-se a técnica de discurso do sujeito coletivo. Evidenciou-se que os sujeitos representam o trabalho em equipe como a união dos integrantes na busca de um objetivo comum; o processo de trabalho ocorre de forma parcelar, pois as funções se realizam de forma isolada ou compartilhada, mas não interativa ou integrada. A ausência de articulação das ações dificulta que as equipes encontrem espaços para a elaboração de projeto assistencial local que atenda às necessidades mais amplas da população.

8	As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família, segundo um modelo teórico arendtiano	OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P.	2011	Interface - Comunic.,Saude, Educ (Por extenso)	A Estratégia Saúde da Família (ESF) está fundamentada no trabalho em equipe, exigindo mudanças no processo de trabalho das Unidades de Saúde, distanciando-se do modelo centralizado na figura do médico. Este trabalho objetiva propor um modelo teórico de avaliação da relação de poder na equipe multiprofissional, com base nos trabalhos de Hannah Arendt. Baseando-se em análise de documentos legais da ESF e dos pressupostos arendtianos, estabeleceu-se um modelo teórico para avaliação da ESF, utilizando-se a abordagem qualitativa com enfoque hermenêutico-dialético. Para testar o modelo, aplicaram-se grupos focais com as equipes de saúde e entrevistas individuais no município de Manacapuru (AM). Os resultados mostram que cada profissional exerce sua função de forma isolada, não compartilhada; a política da gestão municipal é limitadora do trabalho coletivo, não governando com liderança, mas se configurando como tirania na perspectiva arendtiana, trazendo descrédito à ESF.
9	O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio	ABUHAB, D. et al	2005	Revista Gaúcha de Enfermagem	Trata-se de pesquisa qualitativa para compreender a dinâmica das relações de trabalho, as facilidades e as dificuldades no trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III de Santo André, São Paulo, cuja finalidade é o atendimento integral do usuário com transtorno mental severo e persistente. Os resultados indicam a necessidade de reuniões de equipe, organização, reflexão pessoal e coletiva. Os entraves localizam-se na superficialidade, na dispersão e nas dificuldades de cada membro da equipe em superar sua própria visão pessoal sobre o trabalho. A explicitação de facilidades e dificuldades para a realização do trabalho em equipe possibilitou reflexões em relação ao momento de transição do modelo assistencial.

10	O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais	SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B.	2005	Interface - Comunic.,Saude, Educ	O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho, no âmbito do PSF, visando uma abordagem mais integral e resolutiva. Isto pressupõe mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo uma maior integração entre os profissionais e as ações que desenvolvem. Este estudo analisou a experiência de uma equipe de PSF em um município baiano, buscando identificar evidências de articulação entre ações e interação entre os profissionais da equipe de saúde da família, com vistas à construção de um projeto assistencial comum. Os dados foram obtidos por meio de grupos focais, observação participante e entrevistas semiestruturadas. Identificou-se a ocorrência de articulação entre as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais, embora com algumas limitações. Quanto à interação, com vistas à construção de um projeto comum, foi identificada, como aspecto favorável, a partilha de algumas decisões referentes à dinâmica da unidade. Por outro lado, foi observado que o planejamento das ações concentra-se nos profissionais de nível superior de forma individualizada.
11	As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T.	2004	Revista Latino-americana de Enfermagem	Este estudo tem por objetivo explicitar e analisar as representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na UTI. Foi utilizada a abordagem qualitativa e, como referencial teórico metodológico, a Teoria das Representações Sociais. O material empírico constou de entrevistas com quatro técnicos e doze auxiliares de enfermagem que atuam nas UTIs de Clínica Médica, Cirúrgica e Pediátrica. Na análise dos dados, foi usada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. Os resultados evidenciaram que os trabalhadores de enfermagem mantêm interação conflituosa, indicando a necessidade de adoção de modelos de gerenciamento de pessoal mais eficientes e que contemplem a gestão de conflitos entre as equipes de enfermagem.

12	Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família	FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F.	2009	Ciência & Saúde Coletiva	<p>A residência médica brasileira, cada vez mais, especializa os médicos em suas práticas, desprezando as práticas multiprofissionais que orientam a integralidade em saúde. Na tentativa de romper com essa prática, a residência multiprofissional em saúde da família foi proposta objetivando formar profissionais que visem o cuidado integral à saúde das pessoas. Neste contexto, a Faculdade de Medicina de Marília, em 2003, iniciou essa residência, tendo como núcleo central o trabalho multiprofissional em equipes de saúde da família. Analisou-se, neste estudo, a percepção dos residentes médicos em saúde da família acerca do trabalho multiprofissional desenvolvido no Programa de Saúde da Família. A abordagem qualitativa foi o método dessa investigação. Os dados coletados foram interpretados por meio da análise temática de conteúdo, construindo-se três categorias empíricas: âncoras e balizas da visão interdisciplinar no trabalho em equipe permeiam a perspectiva da residência em saúde da família; os conflitos e paradoxos do trabalho em equipe e a manutenção da linha de montagem; dilemas do trabalho em equipe frente a uma estrutura hierarquizada. A análise dos dados aponta para o avanço que o trabalho em equipe multiprofissional traz para a formação médica, pois permite uma visão de perspectivas que, sem a equipe, não seria possível.</p>
----	--	--	------	--------------------------	---

13	O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos	FORTUNA, C. M. et al	2005	Revista Latino-americana de Enfermagem	<p>O presente estudo é uma revisão teórica sobre o trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família. Foi definido trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações entre pessoas, relações de poder, saberes, afetos, e desejos, em que é possível identificar os processos grupais. Abordamos conceitos da Escola Argentina de Grupos Operativos, que podem auxiliar os trabalhadores de saúde a se treinarem a operar como equipe. Nas equipes, há tarefas visíveis (faladas) e invisíveis (não ditas), que se modificam e que precisam ser combinadas e conhecidas. A comunicação, a aprendizagem, o sentimento de pertencer, o “clima”, a pertinência entre as ações realizadas e a finalidade da equipe, as relações de poder, podem ajudar a equipe a se conhecer, analisar-se e ir se construindo como equipe. Assinala-se que a supervisão externa pode auxiliar a equipe a produzir-se como equipe operativa, na direção de seu projeto de cuidar da vida.</p>
14	Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo	FERIOTTI, M. L.	2009	Revista do NESME ???	<p>As descobertas científicas do início do século XX e as demandas da humanidade no processo de globalização vêm exigindo profundas transformações das formas tradicionais de abordagem do conhecimento, da natureza e das relações sociais, caracterizando o momento histórico atual como um período de transição paradigmática. A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade têm sido apontadas como possíveis saídas para o enfrentamento dessa questão, uma vez que buscam redefinir não apenas os modos de produção do conhecimento, como também da organização social. A concepção de saúde do SUS, sustentada pelo princípio da integralidade, é permeada pelos novos paradigmas científicos e culturais, tendo em vista o desenvolvimento de estratégias que abordem a complexidade inerente à saúde. Esse trabalho pretende enfatizar a importância das equipes multiprofissionais para a efetivação desse projeto de saúde, desenvolvendo uma reflexão ético-filosófica acerca dos obstáculos objetivos e subjetivos, para o exercício da prática transdisciplinar no cotidiano das instituições da saúde.</p>

15	Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual	COSTA, R. K. S.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P.	2008	CienCuid Saúde	<p>O trabalho em equipe se caracteriza como um dos pilares na reorganização da atenção à saúde, no âmbito dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), voltada para projetos assistenciais mais integrais e resolutivos, capazes de provocar mudança nos processos de trabalho e nas formas de atuar sobre a complexidade dos fatores intervenientes no processo saúde-doença da população. O objetivo deste artigo é analisar os aspectos contextuais do fenômeno trabalho em equipe em saúde, partindo da realidade prática das unidades de saúde de um município baiano, com o propósito de melhor compreender a construção da grupalidade na equipe, sua dinâmica de funcionamento no âmbito dos serviços e os fatores que a determinam, como elemento instrumental da reorganização da atenção à saúde. Usou-se o método de Revisão de Literatura Integrativa e o referencial teórico de análise contextual, em que o contexto é caracterizado em quatro níveis interativos (imediate, específico, geral e metacontexto), que são distintos entre si, mas contêm significados que facilitam a descrição e a compreensão dos aspectos envolvendo o fenômeno. O estudo permitiu conhecer e refletir sobre os desafios da construção do processo de trabalho coletivo articulado, interativo e compartilhado, comprometido com a reconstrução de saberes e práticas profissionais.</p>
----	---	---	------	----------------	---

16	Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia	PEDUZZI, M.	2001	Revista de Saúde Pública	<p>Apresenta-se um conceito e uma tipologia de trabalho em equipe, bem como os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe. O conceito e a tipologia foram elaborados com base na literatura sobre o tema e em uma pesquisa empírica sobre trabalho multiprofissional em saúde fundamentada, teoricamente, nos estudos do processo de trabalho em saúde e na teoria do agir comunicativo. Segundo essa formulação teórica, o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. A tipologia proposta refere-se a duas modalidades de equipe: equipe integração e equipe agrupamento, e os critérios de reconhecimento dos tipos de equipe dizem respeito à comunicação entre os agentes do trabalho; diferenças técnicas e desigual valorização social dos trabalhos especializados; formulação de um projeto assistencial comum; especificidade de cada área profissional; e flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica.</p>
17	Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional	PEDUZZI, M. et al	2011	Revista de Saúde Coletiva	<p>Estuda-se a contribuição da ação gerencial para a promoção da prática interprofissional. Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada em 21 serviços públicos de saúde de uma região de São Paulo, por meio de entrevista semiestruturada com 21 gerentes (diretores), e utiliza-se a técnica de análise temática. Como resultado, para promover o trabalho em equipe, os gerentes lançam mão dos instrumentos: comunicação, construção do compromisso das equipes e dos trabalhadores com o projeto institucional, estímulo à autonomia das equipes, definição de responsabilidades e <i>accountability</i>, promoção de mudança da cultura institucional e supervisão externa. Conclui-se que a comunicação e demais ferramentas, quando aplicadas à promoção do trabalho em equipe, estão orientadas ao trabalho, isto é, à atenção eficaz e eficiente das necessidades de saúde dos usuários.</p>

18	Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco	BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D.	2012	Ciência & Saúde Coletiva	A complexidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids requer o investimento na integralidade das ações e do cuidado, lançando às equipes multiprofissionais o desafio da construção de uma prática interdisciplinar. Esse estudo teve o objetivo de analisar a integralidade da atenção à saúde em Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE-HIV/Aids) de Recife/Pernambuco, a partir do processo e da organização do trabalho em equipe. Trata-se de um estudo de caso desenvolvido em três unidades de SAE-HIV/Aids, com base em abordagem qualitativa, por meio de diferentes técnicas de investigação. Os resultados apontam que os SAE atendem à grande parte das recomendações do Ministério da Saúde sobre a infraestrutura básica, mas nenhum serviço apresenta a constituição da equipe mínima satisfatória. Há o reconhecimento da fragmentação do trabalho em equipe e da dificuldade de sistematizar uma prática interdisciplinar e intersetorial, sendo apontadas falhas para garantir o fluxo de referência e contrarreferência. Identificou-se pouca valorização do papel do gerente como articulador da equipe; a necessidade de perceber o usuário como um todo; e de a equipe trabalhar de forma articulada, buscando a prática comunicativa e as atividades relacionais.
19	Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação	PINHO, M. C. G.	2006	Ciências & Cognição	Nesse artigo, problematiza-se a questão da eficácia na constituição do trabalho em equipe, na área de saúde. Tem como objetivo apresentar os elementos facilitadores e restritivos à atuação eficaz, dando especial destaque aos limites entre a passagem e a articulação do trabalho multi e interdisciplinar, observando os diversos elementos em jogo. A amostra foi restrita a 62 profissionais da área de saúde que integram equipes multidisciplinares. Através de entrevistas semiestruturadas, observação participante e de um questionário sobre condições objetivas do trabalho em equipe, foi possível mapear os elementos que estruturam estas relações.

20	Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva	LEITE, M/A.; VILA, V. S. C.	2005	Rev Latino-am Enfermagem	<p>Trata-se de um estudo de caso com uma abordagem interpretativa, cujo objetivo foi identificar as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional que atua na Unidade de Terapia Intensiva. Os dados foram coletados por meio de observações participantes e entrevistas semiestruturadas com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Por meio da análise de dados, foram identificadas as categorias: cuidar em terapia intensiva - “é difícil lidar com a morte e informar a família”, e cuidar em terapia intensiva - “a falta de recursos materiais e o difícil trabalho em equipe”. As dificuldades relatadas estão relacionadas ao contato com os familiares, com o lidar com a morte, com a falta de recursos materiais e, especialmente, com o relacionamento entre os membros da equipe. Os resultados evidenciaram a necessidade de que a equipe promova momentos para reflexão e discussão acerca dos aspectos técnicos, científicos e éticos referentes ao cuidado tanto dos pacientes críticos, quanto de seus familiares, tendo em vista a melhoria da qualidade do atendimento e do relacionamento interpessoal.</p>
21	Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no Programa Saúde da Família (PSF): uma atualização da literatura	MARQUES, J. B. et al	2007	Revista Baiana de Saúde Pública	<p>Introdução: ações de saúde realizadas em equipe promovem a formação de redes de relações e rompem visões individualistas, além de permitirem o estabelecimento do respeito, vínculo entre profissionais e uma abordagem resolutiva. Objetivos: verificar a contribuição da equipe multiprofissional no PSF e discutir dificuldades apresentadas por essa interação. Material e Métodos: pesquisa bibliográfica em português utilizando as bases de dados Scielo e Lilacs, cujos artigos relacionados compreendem o período entre 1997 e 2007. Resultados: a multidisciplinaridade mostrou-se benéfica, pois permite criar idéias que serão discutidas por diferentes visões, levando a crer que essa modalidade é útil para a atual condição de saúde no país. Contudo, essa interrelação profissional é pouco alcançada. Conclusão: a multidisciplinaridade é capaz de gerar organização social e um desempenho profissional mais adequado. A inserção</p>

					de novos profissionais nas equipes básicas ainda não é fundamentada pela literatura, o que demonstra carência de projetos nesse âmbito.
22	Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família	COLOME, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.	2006	Revista Gaúcha de Enfermagem	Este estudo objetivou identificar, na concepção de enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família, dificuldades e facilidades encontradas no cotidiano do trabalho em equipe. Caracteriza-se como um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas com 23 enfermeiras. A análise dos dados foi realizada com base na Análise Temática. Os resultados mostraram que as enfermeiras caracterizam o trabalho em equipe como uma prática de integração e cooperação entre os profissionais. Contudo, encontram inúmeras dificuldades que interferem na atuação das equipes e, conseqüentemente, no desenvolvimento e no resultado de suas práticas.

**APÊNDICE XV - DVD COM GRAVAÇÃO DA REUNIÃO EPSJV/USP/OPS:
REFERENCIAIS TEÓRICOS DE PESQUISAS REALIZADOS NO ÂMBITO DA
REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE**

APÊNDICE XVI - PROPOSTA DE DESDOBRAMENTOS DA PESQUISA

Encaminhamentos aprovados na Terceira Oficina da Pesquisa Saberes

EPSJV/Fiocruz

Rio de Janeiro, 2 de dezembro de 2016

1. RETORNO DOS RESULTADOS AOS SUJEITOS DA PESQUISA

- a) Produzir um vídeo, conversando com os sujeitos da pesquisa, sobre cada categoria profissional. Objetivos: compartilhar o que se viu nas diversas equipes e identificar o que se configura como pontos de “identidade”.
- b) Propor ao Canal Saúde a realização de uma série de *Sala de convidados*, ou algo mais apropriado, sobre os trabalhadores técnicos da Estratégia Saúde da Família; um programa para cada categoria profissional, com a presença de um pesquisador da equipe, um trabalhador e outro (gestor, especialista, professor etc.).
- c) Organizar um número especial da Revista RET-SUS sobre a pesquisa.

2. RETORNO ÀS ET-SUS

- a) Pautar a pesquisa como tema de reunião (podendo ser específica ou não), com a participação de um pesquisador, a fim de dar retorno sobre o trabalho realizado por seus integrantes (membros da equipe de pesquisa) e de discutir achados com implicações na formação dos trabalhadores.
- b) O número especial da revista também contempla essa finalidade.

3. PRODUTOS DA PESQUISA

3.1 Realização de um seminário, com transmissão *online* para as equipes e com registro em DVD.

3.2 Relatório a ser entregue à OPAS e ao Ministério da Saúde até 5 de março de 2017, contendo:

- Conteúdo dos relatórios parciais: o processo da pesquisa; caracterização sócio-geográfica dos municípios estudados; caracterização do estado; do município; dos serviços no município; da equipe, considerando o CNES nos períodos de definição dos municípios, de visita à equipe e de entrega do relatório (se possível).

- Sistematizações relativas às respectivas questões de estudo:

*perfil dos trabalhadores (em sistematização);

*práticas e saberes dos trabalhadores: composto por um texto sobre cada equipe e respectivos quadros – implicações prévias:

+ Harmonização dos quadros 4 e 5 (Marise e equipe);

+ Descentralização da escrita sobre os quadros por equipe (membros da equipe de pesquisa – insumo para a síntese que constará do capítulo 3 do livro).

* tendências do trabalho em equipe da ESF.

- Informe executivo sobre principais conclusões e possíveis indicações à gestão em saúde.

3.3 Publicação de livro, com autoria do Observatório dos Técnicos em Saúde da EPSJV/Fiocruz.

Todos os membros da equipe de pesquisa constarão como elaboradores. Veiculado, inicialmente, por meio eletrônico, e/se, quando possível, impresso.

Estrutura da publicação:

- Introdução
- Capítulo 1: Metodologia de análise do processo de trabalho (..) na perspectiva dos saberes (...)
- Capítulo 2: Quem são os trabalhadores técnicos da ESF
- Capítulo 3: Saberes e práticas dos trabalhadores técnicos da ESF
- Capítulo 4: Tendências das ESF na perspectiva do trabalho em equipe
- Considerações finais

3.4 Banco de dados qualitativos, sob a guarda do Observatório da EPSJV

Sem identificação das equipes e dos sujeitos da pesquisa, e com acessibilidade a pesquisadores, conforme os seguintes critérios mínimos, demonstrados e comprovados em documento de solicitação:

- a) ser usado para atender objetivos de pesquisa institucionalmente aprovada (dissertações de mestrado, teses de doutorado, pesquisas individuais e/ou de grupos).
- b) ter anuência da instituição a que a pesquisa está vinculada.
- c) ser solicitada por pelo menos dois pesquisadores, sendo esses, nos casos de pesquisas de mestrado e doutorado, necessariamente, orientador e orientando.

3.5 Produção de artigos científicos para periódicos

Cada pesquisador deve pensar sobre sua proposta de estudo e escrita, em relação aos temas investigados na pesquisa. Tema e resumo de 200 palavras, a serem encaminhados à coordenação da pesquisa até o fim de abril de 2017. Entrega dos artigos em julho, com organização para setembro de 2017. Será constituído um dossiê temático para periódico científico ou um livro/coletânea organizado.

3.6 Eixos para a elaboração do Projeto de Pesquisa Saberes 2

- a) O processo de trabalho na perspectiva dos direitos dos trabalhadores – precarização do trabalho.
- b) O modelo gerencialista e as implicações no processo de trabalho dos técnicos.
- c) Perspectivas de mudança de atribuições, à luz da compreensão dos técnicos sobre seu processo de trabalho (categoria: não faz e acha que deve fazer).
- d) As especificidades das eSF, conforme contextos sócio-culturais e políticos.

