

Sandra Marques de Souza Moreira

**PROGRAMA DE TREINAMENTO EM TECNOLOGIAS RELACIONAIS
PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

São Paulo

2022

Sandra Marques de Souza Moreira

**PROGRAMA DE TREINAMENTO EM TECNOLOGIAS RELACIONAIS
PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Martins
Trovo

São Paulo

2022

Moreira, Sandra Marques de Souza

Programa de treinamento em tecnologias relacionais para agentes comunitários de saúde / Sandra Marques de Souza Moreira -- São Paulo, 2022.

xii, 57 f, il.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Título em inglês: *Soft skills training program for community health agents.*

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Capacitação em Serviço. 3. Comunicação. 4. Estratégia Saúde da Família.

Elaborada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas

FACULDADE ISRAELITA DE CIENCIAS DA SAUDE ALBERT EINSTEIN

Coordenadora do curso de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem:
Profa. Dra. Andrea Gomes da Costa Mohallem

Sandra Marques de Souza Moreira

**PROGRAMA DE TREINAMENTO EM TECNOLOGIAS RELACIONAIS
PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Presidente da banca: Dra. Monica Trovo

BANCA EXAMINADORA

Membros titulares:

Dra. Ruth Beresin

Dr. Alfredo Almeida Pina de Oliveira

Membros suplentes:

Dr. Ramon Antonio de Oliveira

Dra. Caroline Figueira Pereira

Data de aprovação 27/07/22

Dedicatória

Dedico à minha filha, Lívia Maria, que me impulsiona a continuar buscando novos conhecimentos e o aprimoramento daqueles já adquiridos.

Dedico também ao meu amigo e colega de bancada desse mestrado, Everton Andrade, enfermeiro, gestor, linha de frente no combate à COVID-19, que infelizmente perdeu a vida fazendo o que mais amava: cuidar do próximo. Porém, deixou um legado imensurável, seus ensinamentos sobre saúde pública.

Agradecimentos

A Deus e à Nossa Senhora

Pelo dom da vida e por ter me protegido ao longo dessa caminhada.

À minha família

Aos meus pais, Aurenivia e Dionizio, trabalhadores rurais, grandes incentivadores na vida dos filhos, incentivando-nos a ter uma vida diferente das que tiveram. À minha avó, Celcina Marques de Souza, mulher íntegra, de caráter, analfabeta de cultura letrada, porém de um conhecimento imensurável, dona de casa exemplar, mãe, avó e bisavó extremamente participativa, com humor e vitalidade de dar inveja aos mais jovens. Aos meus irmãos Janaina, Marcela, João Batista e Jardel, nordestinos, batalhadores. À minha comadre Maria José da Cruz Bruschi, que cuida de mim e da minha filha como filha: obrigado por fazer parte da minha vida e me impulsionar a ser uma pessoa melhor.

A Monica Trovo

Sem saber, Deus coloca pessoas na sua vida que vão marcar para sempre sua jornada aqui na terra. Umas são extremamente passageiras, outras nem tanto, e há pessoas que permanecem para sempre. É algo quase que mágico: elas chegam e nunca mais vão embora, se tornam especiais. Mesmo com quilômetros de distância impedindo o abraço físico, as energias boas são transmitidas pelas plataformas digitais. Monica, agradeço tanto a Deus por ter colocado você no meu caminho, obrigado por investir em mim!

Ao Recanto Santo Antônio

No ano de 2007, cheguei na instituição recém-formada, para ser voluntária, tinha uma vontade imensa de mudar aquele cenário. A princípio era um espaço de acolhimento para 13 idosos, mas com ajuda de todos da equipe multidisciplinar, conseguimos mudar esse cenário. Hoje, a instituição consegue acolher mais de 30 idosos, com uma infraestrutura maravilhosa. Sinto orgulho em dizer que fiz parte da instituição, me sentia viva, útil e, de fato, enfermeira.

Não poderia deixar de agradecer a toda a equipe multidisciplinar do Recanto Santo Antônio, em especial à minha amiga Danila Janeiro, que nunca mediu esforços para manter uma amizade sincera e com a maior honestidade possível.

Aos meus amigos que deixei em Mutans - BA

É extremamente gratificante saber que mesmo depois de anos de distanciamento físico, recebo mensagens de carinho e incentivo. Sempre quando volto para a minha terra natal, tenho enorme gratidão por tudo que vivi ali, e dos amigos que fiz.

Aos meus amigos Adilson e Denilson, de Juiz de Fora - MG

Lembro-me como se fosse ontem das nossas conversas, sobre como seríamos após 10 anos de formados! E hoje respondo a vocês: meus amigos, hoje sou mãe e enfermeira, e muito orgulhosa de ter vocês na minha vida.

À minha filha Livia Maria

Filha, muito obrigado por ter me escolhido para ser sua mãe. Tento ser uma pessoa melhor e uma profissional comprometida por você. No dia do seu nascimento, descobri o maior amor do mundo.

À equipe do Pronto Atendimento de Colina

Jonathan e Ramiro, que colaboraram incansavelmente me apoiando na execução desse trabalho.

Obrigado a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de abreviaturas	ix
Resumo	x
Disposição legal	xii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1. Objeto de estudo e problemática da pesquisa.....	1
1.2. Objetivos.....	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1 Comunicação interpessoal e as tecnologias relacionais	6
2.2 A estratégia saúde da família e os agentes comunitários de saúde.....	9
2.3 Educação permanente dos profissionais de saúde	11
2.4 Estratégias adequadas para educação de adultos.....	13
3 MÉTODOS	16
3.1 Tipo de estudo.....	16
4 RESULTADOS	21
4.1 Análise da literatura.....	21
4.2 Proposta de treinamento em tecnologias para os agentes comunitários de saúde.....	29
4.3 Artigo submetido.....	32
5 DISCUSSÃO	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
7 REFERÊNCIAS	54
Abstract	
Apêndices	

Lista de abreviaturas

ACE	Agente de controle de endemias
ACS	Agentes comunitários de saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia saúde da família
PACS	Programas dos agentes comunitários de saúde
PCTRACS	Programa de capacitação em tecnologias relacionais para agentes comunitários de saúde
PNAB	Portaria Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

Resumo

Introdução: A comunicação é uma competência básica de todos os profissionais de saúde que lidam com pessoas. Além de ser uma necessidade humana básica para as relações, é um denominador comum das ações desses profissionais. Comunicar-se não é um processo simples, requer treinamentos e desenvolvimento de habilidades específicas, uma vez que muitos sinais corporais emitidos são interpretados pelo outro de maneiras diferentes, especialmente quando essa interação acontece no contexto domiciliar, entre os usuários do serviço de saúde e os agentes comunitários de saúde. Contudo, há fragilidades no processo de comunicação entre agentes comunitários de saúde e usuários, que podem interferir diretamente no resultado das ações destes profissionais. **Objetivos:** Identificar aspectos relevantes para a comunicação entre agentes comunitários de saúde e usuários do sistema de saúde; buscar recomendações de estratégias para ensino de aspectos da comunicação para o trabalho do agente comunitário de saúde e propor programa de treinamento sobre tecnologias relacionais para os agentes comunitários de saúde baseado em recomendações da literatura. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, realizado por meio de revisão integrativa de literatura. A busca dos artigos foi feita por meio de consulta à Biblioteca Virtual de Saúde, ao banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, à Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, utilizando-se os descritores: agente comunitário de saúde; comunicação; ensino. Foram critérios de seleção: trabalhos desenvolvidos entre 2017 e 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol, com disponibilidade integral em meio eletrônico e pertinentes à temática estudada. **Resultados:** Foram selecionados 22 trabalhos, a maioria (68,2%) disponibilizada pelo banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, desenvolvidas no contexto da Universidade de São Paulo (54,5%), por enfermeiros (54,5%), com método qualitativo (81,8%). Dezenove trabalhos (86,4) apenas problematizam a atuação do agente comunitário de saúde, apontam necessidade e/ou recomendam seu desenvolvimento profissional. Três trabalhos (13,4%) apresentam propostas concretas para ensino dos agentes comunitários de saúde, por meio de abordagem teórica (exposição dialogada) e estratégias ativas de ensino (elaboração de painel, dramatização e rodas de conversa). Os únicos aspectos comunicacionais ou tecnologias relacionais apontadas são o vínculo

e as rodas de conversa. Assim, foi elaborada proposta de treinamento em tecnologias relacionais para agentes comunitários de saúde, teórico-prática, de 8 horas, abordando princípios da comunicação verbal e não verbal no contexto de trabalho e as tecnologias relacionais empatia, escuta ativa, acolhimento e bom humor. **Conclusões:** Há fragilidades na literatura sobre trabalhos que envolvam educação permanente do agente comunitário de saúde. Os poucos trabalhos encontrados propõem capacitações em temas pontuais, envolvendo metas do serviço e problematizam a falta de comunicação efetiva; contudo, não propõem estratégias concretas para educação destes profissionais no que tange a sua interação com o usuário do serviço de saúde. Espera-se que a proposta de treinamento em tecnologias relacionais elaborada possa contribuir para modificar esta realidade.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde. Capacitação em Serviço. Comunicação. Estratégia Saúde da Família.

Disposição legal

Trabalho apresentado sob a forma de artigo científico com a obrigatoriedade de publicação em revista indexada e classificada pela CAPES no extrato mínimo B2 ou superior.

Sua disponibilidade integral em repositório institucional ocorrerá mediante publicação.

1 INTRODUÇÃO

1.1. Objeto de estudo e problemática da pesquisa

A Comunicação é uma competência básica de todos os profissionais que lidam com pessoas, pois permeia todos os setores da saúde, não sendo exclusividade somente dos profissionais de saúde. Ela se divide em verbal e não verbal.⁽¹⁾

A comunicação verbal está associada a palavras, expressadas por meio da linguagem escrita ou falada, sendo insuficiente quando a comunicação não é totalmente efetiva. Já a comunicação não verbal ocorre através de gestos, sinais e postura corporal, sendo capaz de resgatar a capacidade de o profissional de saúde perceber os sentimentos do paciente com maior precisão.⁽¹⁾

Ambas são de extrema importância no contexto da saúde, pois é ela que determina o grau de afetividade nos ambientes de trabalho e, quando usada de forma errônea, pode gerar problemas graves. Comunicar-se não é um processo simples, requer treinamentos e habilidades específicas. Isso porque muitos sinais corporais são interpretados pelo outro de diferentes formas.⁽²⁾

Os códigos de comunicação são audíveis, visíveis e sensíveis. Comunica-se através do aparelho fonador com o corpo todo, com os adornos e objetos que são utilizados. Nesse contexto, somente 7% do pensamento é transmitido durante uma abordagem, 38% por meio da entonação da voz, e 55% sinais emitidos pelo corpo. Vale ressaltar que ela ocorre em diferentes contextos: empresarial, de massa e interpessoal.^(1,2)

O recorte desta pesquisa é a comunicação interpessoal, sendo conceituada como interação face a face, envolvendo troca de mensagens verbais e não verbais, estabelecendo relações entre as pessoas. A comunicação envolve cinco critérios: (1) devem existir duas ou mais pessoas interagindo entre si; (2) o comportamento de um indivíduo é consequência direta das atitudes do outro; (3) comunicar-se envolve troca de mensagens; (4) as mensagens são interpretadas de várias formas, verbal e não verbal; (5) e é marcada por carência de estrutura, além de ser flexível e informal.⁽³⁾

O crescimento do ser humano é influenciado pela comunicação, que faz parte do cotidiano das pessoas, norteia princípios e habilidades adquiridas no processo comunicativo e influencia o comportamento das pessoas.⁽⁴⁾ Além de ser uma necessidade humana básica, é um denominador comum das ações, exercidas pelos profissionais de saúde, sendo impossível aos profissionais prestar assistência sem utilizar-se das habilidades da comunicação.⁽⁵⁾

Durante um atendimento em uma unidade de saúde ou fora dela, como na atenção básica, onde as abordagens acontecem na residência, o profissional pode lançar mão de técnicas de comunicação.

Vários autores elencam técnicas que facilitam o processo de comunicação e, conseqüentemente, promovem uma aproximação com o paciente, que são elas: verbalizar interesse ao que está sendo falado pelo paciente, permanecer em silêncio quando o paciente se expressa, não interromper, ouvir reflexivamente, posteriormente validar as mensagens recebidas.⁽⁶⁾

Na Atenção Básica, o processo de comunicar é muito mais importante do que a técnica de realização de procedimentos, por exemplo. É por meio dela que ocorre a criação de vínculo dessa família com a equipe multidisciplinar, efetivando os próximos atendimentos.⁽⁷⁾

É possível exemplificar inúmeras abordagens que não tiveram sucesso durante a minha carreira profissional. Uma delas seria durante uma visita domiciliar à residência de uma idosa, que morava com sua filha e gostava muito de cachorros. Quando entrei, percebi um cheiro forte e característico de casa “malcuidada”. Não resisti e fiz uma expressão de reprovação, solicitando até que retirasse os cachorros do contexto para que eu pudesse realizar o atendimento. Logo em seguida, a senhora começou a falar que os cachorros eram seus companheiros e sua família, reprovando por completo minha conduta. Além disso, a minha expressão facial de reprovação do cheiro da residência foi percebida por ela, negando o atendimento.

Em contrapartida, a equipe já fez abordagens que surtiram inúmeros resultados positivos, baseados em preceitos de acolhimento e humanização, que foram decisivos na condução do caso, proporcionando a essa família, um desfecho satisfatório no que diz respeito ao seu processo saúde doença. Mesmo sem ter habilidades e treinamentos específicos nas ferramentas que norteiam o uso das tecnologias relacionais, a capacidade de aprendizagem da equipe da atenção básica é gigantesca.

Muitos desfechos errôneos acontecem pela falta de habilidade do profissional em comunicar-se adequadamente, ou simplesmente por desconhecer o impacto que a comunicação traz ao seu cotidiano, tanto positivamente como negativamente.⁽⁵⁾

O livro “Comunicação tem remédio” ressalta a importância da validação das mensagens ocorridas, considerando que as mensagens são interpretadas não apenas pelos sons emitidos, mas também pelo modo que são emitidos. Ao tomar consciência da importância da linguagem corporal, pode-se aumentar a efetividade da comunicação.⁽¹⁾

O ser humano utiliza-se da comunicação com o intuito de gerar mudanças de comportamentos e, para que isso ocorra, é necessário conhecer os mecanismos de comunicação que facilitam o processo de trabalho. Além disso, ela possibilita uma intervenção de qualidade e melhora o relacionamento entre os próprios membros da equipe. Contudo, o pessoal de saúde não tem o hábito de validar a comunicação. Há pessoas competentes nos procedimentos técnicos de sua especialidade, mas que têm dificuldade de interagir e comunicar-se.⁽²⁾

É comum ouvir no ambiente de trabalho queixas e reclamações de funcionários que não foram interpretados de forma correta ou que simplesmente não falou da forma que foi transmitida, gerando sérios problemas de relacionamentos. Muitos mal-entendidos poderiam ter sido evitados se as mensagens emitidas fossem validadas ou se os profissionais da saúde tivessem a oportunidade de conhecer e se aprofundar melhor nos processos comunicativos que norteiam o cuidar.⁽³⁾

O ato de comunicar-se é fundamental para o desenvolvimento do trabalho em saúde, exercendo influência direta sobre os indivíduos, tornando possível a exteriorização do que se passa interiormente. O primeiro fator que o enfermeiro julga importante para conseguir praticar a teoria da humanização é a comunicação. Ela é também a que mais interessa aos pacientes, estando diretamente relacionada aos cuidados de saúde.⁽¹⁻³⁾

Na rotina de trabalho da Estratégia saúde da família (ESF), nota-se um grande problema no que diz respeito às interações interpessoais, gerando conflitos e desgastes. A falta de domínio dos profissionais de saúde das ferramentas que amparam essa relação fica evidente a cada dia, refletindo de forma negativa no processo de trabalho e na entrega final do produto ao paciente.

O resultado é uma assistência fragmentada e sem resolutividade; a falta de habilidades no desenvolvimento de uma escuta qualificada, acolhedora e da comunicação efetiva, geram conflitos e atritos, levando ao desgaste da equipe. Uma característica fundamental para o exercício das atividades na ESF é a formação de vínculo. Ele se concretiza com o passar do tempo por meio da criação de elos duradouros entre comunidade e equipe.⁽⁷⁾

Todos os profissionais que atuam na atenção básica utilizam-se da comunicação para aproximação dessa família e, conseqüentemente, a criação do vínculo. No entanto, nota-se uma precariedade na formação desses profissionais em processos comunicativos, gerando abordagens errôneas, chegando a ser iatrogênicas. Um profissional que atua diretamente na criação desse elo é o agente comunitário de Saúde, mas não recebe nenhum treinamento sobre comunicação.

O acesso da equipe multidisciplinar ao usuário se dá através dos agentes comunitários de saúde (ACS), que têm a responsabilidade de amparar a equipe com a criação do vínculo e fornecer informações importantes relacionadas ao processo saúde doença daquela família que reside na sua área de abrangência.

Essa pesquisa mostra-se relevante porque pretende abordar essa fragilidade dos ACS e a falta de treinamento específico em comunicação efetiva. Em vários momentos da minha carreira profissional, fui solicitada pelos ACS para acompanhá-los em visitas domiciliares, ficando clara a carência desse profissional nas abordagens que exigiam uma habilidade maior em comunicação.

Mediante o exposto, coube as seguintes questões norteadoras: Quais são aspectos da comunicação e as tecnologias relacionais relevantes para interação entre ACS e usuários do serviço de saúde? Quais as recomendações para ensino de comunicação a estes profissionais?

1.2. Objetivos

1. Identificar aspectos relevantes para comunicação entre agentes comunitários de saúde e usuários do sistema de saúde;
2. Buscar recomendações de estratégias para ensino de aspectos da comunicação para o trabalho do agente comunitário de saúde;

3. Elaborar programa de treinamento sobre tecnologias relacionais para os agentes comunitários de saúde baseado em recomendações da literatura.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Comunicação interpessoal e as tecnologias relacionais

A expressão tecnologia vem sendo utilizada no campo da saúde para designar a sistematização dos diversos modos de produzir saúde. A saúde no Brasil tem exigido uma reorientação por parte dos profissionais nas práticas diárias. Na busca de uma nova reorientação para produzir saúde, o cuidado deixa de ser pautado no modelo hospitalocêntrico e curativo, para um modelo de revisão de novas práticas, com o intuito de promover cuidado de forma integral, impulsionando o profissional de saúde a se reinventar.⁽⁸⁾

Neste contexto de produção de saúde pautado em novos processos tecnológicos, a tecnologia é conceituada como um termo complexo, um processo que envolve saberes e habilidades. Com o intuito de elevar a eficiência humana nos diversos cenários e setores, porém usar tecnologias em saúde é imprimir mudanças gradativas no processo de cuidar.⁽⁹⁾

O trabalho em saúde é especial e vem sofrendo mudanças significativas no requisito de produção tecnológica. Atualmente, o trabalho em saúde é majoritariamente um trabalho institucionalizado. O ato assistencial resulta de um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e por diversos não específicos de saúde. Uma reestruturação produtiva que implique substancialmente na mudança das configurações tecnológicas dos processos de trabalho seria necessária.⁽⁸⁾

Falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho, mas o trabalho cuja ação intencional é demarcada pela busca da produção de “coisas”, e, nesse contexto, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: duras, que envolve os equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais; e leves-duras, que se estrutura nos saberes bem estruturado, como clínica médica, epidemiologia; e as leves, que são as tecnologias amparadas nas relações com produção de vínculo. Sendo as tecnologias leves denominadas tecnologias relacionais. As tecnologias leves se materializam nas atitudes dos sujeitos e estando presente no espaço relacional do ambiente de trabalho, se caracterizando como um fator de interação importantíssimo entre usuário e profissional.^(8,9)

É notório o crescimento da discussão sobre o uso das tecnologias relacionais no setor da saúde, atrelada sempre à concepção de produtos e processos. Estudos mostram que as tecnologias são responsáveis pela criação de vínculo seguro e permanente. Tecnologia e cuidado estão fortemente relacionados, nesse sentido, as tecnologias leves têm como premissa a produção de relações da reciprocidade e de interação, efetivando, de fato, o cuidado em saúde. A adoção de tecnologias leves no trabalho em saúde, perpassa os processos de acolhimento e vínculo, elas são gerenciadoras das ações de saúde. As práticas do trabalho devem incluir diversas tecnologias, de maneira que satisfaçam as necessidades dos usuários.⁽¹⁰⁾

A escolha da tecnologia que será utilizada dependerá do tipo de cuidado que está sendo oferecido. Uma percepção ampla dos sinais e sintomas do paciente ajudaria esse profissional elencar a tecnologia a ser utilizada, pautando o cuidado nas emoções, expressadas pelo usuário. É necessário que os profissionais de saúde identifiquem novos sentidos de produção de cuidado, elencando as tecnologias leves como orientadoras do uso de tecnologias leves-duras e duras. As tecnologias leves são atributos da relação humana, conhecidas também como um conjunto de relações que resumem o cuidar, é através da conexão interpessoal que acontece uma relação direta entre profissional e usuário.⁽¹¹⁾

A comunicação qualifica a interação humana, imprime emoções e sentimentos, permitindo o indivíduo a perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas os sentimentos emitidos pelo emissor. O cuidado em saúde envolve relacionamento interpessoal entre dois ou mais sujeitos, e a comunicação é uma habilidade que precisa ser desenvolvida. Contudo, há muitas falhas no processo de comunicação entre profissional e usuário, mensagens mal formuladas podem interferir nesse processo de comunicação, conduzindo a um resultado não terapêutico.⁽⁷⁾

A escolha da tecnologia que será utilizada dependerá do tipo de cuidado que está sendo oferecido. Uma percepção ampla dos sinais e sintomas do paciente ajudaria esse profissional elencar a tecnologia a ser utilizada, pautando o cuidado nas emoções, expressadas pelo usuário. É necessário que os profissionais de saúde identifiquem novos sentidos de produção de cuidado, elencando as tecnologias leves como orientadoras do uso de tecnologias leves-duras e duras. As tecnologias leves são atributos da relação humana, conhecidas também como um conjunto de relações que resumem o cuidar, é através da conexão interpessoal que acontece uma relação direta entre profissional e usuário.⁽¹¹⁾

Um marco das tecnologias das relações é a comunicação efetiva, ela é conceituada como bidirecional. Para que ela ocorra é necessário que haja resposta e validação de mensagens ocorridas. A comunicação adequada é difícil porque a maioria dos estímulos é transmitida por sinais, e as pessoas atribuem cada sinal a um significado conotativo, já que cada pessoa tem suas crenças, valores, ideias, atribuindo um significado a cada gesto. Os profissionais de saúde não podem se esquecer de que suas mensagens estão sendo avaliadas a todo tempo, não só pelas palavras emitidas, mas pelos gestos e forma de agir. A comunicação efetiva é difícil de ser concretizada por completo no nosso dia a dia, porque é transmitida por sinais e símbolos, tornando um processo complexo de interação simbólica. Por isso não existe comunicação totalmente objetiva, ela ocorre entre pessoas, e cada pessoa é um mundo à parte, com características e valores pessoais.⁽¹⁾

É imprescindível e urgente a mudança de atitude por parte dos profissionais, que atuam na atenção básica, identificando as necessidades do indivíduo, considerado na sua integralidade, singularidade e cidadania, vislumbrando a promoção da saúde. Neste processo se faz necessário ampliação da cartela de cuidados, de forma a permitir uma assistência mais próxima da realidade do usuário. Nesse sentido, a comunicação se apresenta como recurso essencial e fundamental, para a promoção de saúde, tendo como componentes elementos facilitadores ou dificultadores; assim, as competências em comunicação precisam ser instrumentalizadas na atenção básica.⁽¹²⁾

Uma ferramenta importante para ampliação dessa cartela de cuidados, além da comunicação, seria o acolhimento. O acolhimento está preconizado como uma diretriz da Política Nacional de Humanização, conceituado como processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde. Com o objetivo de promover a responsabilização do trabalhador com o usuário, desde sua chegada até a sua saída da unidade de saúde. Esse trabalhador precisa ter em mãos ferramentas que auxiliam nesse atendimento e o torne resolutivo. A palavra acolher expressa dar acolhida, ou seja, uma ação de aproximação, inclusão, de estar em uma relação com algo ou alguém. Não é um espaço ou um local, mas, sim, postura ética, não tem hora e nem profissional específico para fazê-lo. Quem acolhe toma pra si a responsabilidade de abrigar suas demandas, compartilhando saberes e dando a resolutividade necessária ao caso em questão.⁽¹³⁾

Acolher não é uma simples prestação de serviços, implica em uma relação humanizada, promovendo a ampliação e efetivação do acesso aos serviços de

saúde. O acolhimento se caracteriza pela criação de vínculo entre profissional e usuário, tendo como resultado um atendimento resolutivo, adequando as necessidades individuais dos usuários.⁽¹⁴⁾

2.2 A estratégia saúde da família e os agentes comunitários de saúde

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individual ou coletivo, impactando diretamente na saúde da população. O seu objetivo é oferecer atenção integral ao usuário, realizando diagnósticos, reduzindo danos, promovendo autonomia das pessoas, impactando nos condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, utiliza-se de variadas tecnologias de cuidado, auxiliando no manejo das demandas, identificando as necessidades de maior relevância daquele território.⁽¹⁵⁾

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde". Uma das características da atenção básica é a observação e intervenção nos critérios de riscos e vulnerabilidade que estão submetidos aquele usuário. Devendo ser o contato preferencial, é desenvolvida com mais alto grau de descentralização e capilaridade, se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade, criação de vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. A atenção básica busca ofertar saúde na sua integralidade, olhando o indivíduo como um todo, considerando as suas singularidades e o meio no qual está inserido.⁽¹⁵⁾

Pautado nesse olhar da oferta de cuidados, focado na integralidade das ações, são determinados alguns princípios e diretrizes e que deverão nortear as equipes que atuam na Atenção Básica. As diretrizes que norteiam o atendimento na Atenção Básica são: regionalização e hierarquização, sendo um recorte estratégico para fins de planejamento; a territorialização e adscrição, como sendo o desenvolvimento das ações setoriais e intersetoriais, mantendo o foco em um território específico; já a resolutividade seria a utilização de várias tecnologias do cuidado, com o intuito de construir vínculos positivos; e a longitudinalidade do cuidado, que enfatiza a construção

de vínculos. Coordenar o cuidado traz como premissa principal a elaboração e coordenação de fluxos.⁽¹⁶⁾

A Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A ESF visa a reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS); ela é vista como estratégia de expansão e qualificação, reestruturando o processo de trabalho, favorecendo a resolutividade e impactando na situação de saúde das pessoas e coletividades.⁽¹⁶⁾

Uma das características da ESF é oferecer cuidado pautado no reconhecimento de território e, conseqüentemente, nos problemas daquela população que está sob sua responsabilidade, além de ter como obrigatoriedade equipe mínima cadastrada e atuante, como médico, enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem, e agente comunitário de saúde. Para se conhecer os problemas de saúde daquele território, é necessário imergir no contexto daquelas famílias, conhecendo os locais onde vivem, sua rede de apoio social, suas vulnerabilidades e potencialidades. Neste contexto, o agente comunitário de saúde é um importante ator, a criação de um elo duradouro e confiável se dá através da atuação desse profissional, promovendo a aproximação entre comunidade e equipe de estratégia da saúde da família.^(16,17)

Ao longo dos anos, atuando em um território específico, o ACS agrega características em seu perfil que nenhum outro profissional consegue desenvolver. A aproximação do contexto real que aquela família está inserida, faz com que esse profissional desenvolva expertise, como acolher na individualidade e escutar com respeito as falas do usuário, mesmo sem formação específica para isso. A imersão no cotidiano do trabalho dos ACS revela experiências singulares que contribuem para uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a formação de identidade desse profissional. O lugar de mediação que ele ocupa acaba por evidenciar a complexidade e as contradições de inter-relações no território.⁽¹⁸⁾

O trabalho do agente comunitário de saúde é pautado na PNAB de número 2.488 de 21 de outubro de 2011, sendo um documento norteador das atividades a serem desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde nas estratégias saúde da família, que são elas: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida; cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; 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.⁽¹⁵⁾

No ano de 2017, o Ministério da Saúde revogou a Portaria 2.488, e divulgou a Portaria 2.436 de 22 de setembro de 2017, alterando expressivamente as atribuições dos ACS. Poderão ser consideradas, como atividades do ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados: aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio; realizar a medição da glicemia capilar; aferição da temperatura axilar; realizar técnicas limpas de curativo; indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e agente de controle de endemias (ACE) em conjunto com os demais membros da equipe.⁽¹⁶⁾

O ACS é um profissional capaz de fazer mudanças no cenário social, agindo direto nas ações de saúde das famílias sob sua responsabilidade, através de ações de educação em saúde. As ações dos serviços oferecidos pelos profissionais que trabalham nas ESF representam uma alternativa para a mudança do modelo biomédico, ainda muito presente no cotidiano, em que o cuidado é centrado na doença, anulando os fatores do contexto que o paciente está inserido.⁽¹⁸⁾

As ações e serviços de saúde devem estar adaptados às circunstâncias locais e aos recursos disponíveis. Sem contar que a criação de vínculo e a implementação de práticas de acolhimento, atrelados a atuação dos ACS, são consideradas ações potencializadoras do cuidado. Para promover saúde, o ACS deverá entender o contexto no qual o paciente está inserido, identificando potencialidades e carências, sugerindo condutas coerentes, sendo uma figura importantíssima na equipe multidisciplinar, promovendo cuidado pautado nas necessidades de cada indivíduo.⁽¹⁴⁾

2.3 Educação permanente dos profissionais de saúde

No ano de 1988, surgia o SUS, uma conquista imensurável para o povo brasileiro. Com ele, afirmou-se a universalidade, a integralidade e a equidade. O SUS se compromete com algumas dimensões como: cuidar, prevenir, proteger, tratar,

recuperar, promover, ou seja, produzir saúde, e isso não é tarefa fácil. O Brasil é um país com enorme extensão territorial, revelando desigualdades socioeconômicas imensas, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde em algumas regiões. Ao longo desses anos de criação do SUS, a sociedade e trabalhadores se depararam com avanços significativos e, também, com sérios problemas, que não foram fáceis de serem resolvidos ou que nem tiveram sua resolução por completo, problemas que exigem, a cada dia, vários aperfeiçoamentos no SUS e nos seus trabalhadores.⁽¹⁹⁾

Um aspecto importante que impacta nos resultados da assistência prestada aos usuários do SUS é o despreparo dos trabalhadores em lidar com subjetividade humana. Os modelos de gestão engessados, além de vários outros fatores, desapropriam o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, indicando necessidades de mudanças no atual cenário.⁽²⁰⁾

Ao analisar as práticas de saúde e gestão desenvolvidas no país, evidencia-se um distanciamento da formação de seus trabalhadores com as reais necessidades do SUS. Articular instituições formadoras e sistema público de saúde seria um fator importantíssimo para resolver grande parte dos problemas de formação, partindo do pressuposto que a educação seria a principal ferramenta para a resolução desse problema. Com um olhar mais holístico, na resolução desse descompasso, entre formação dos profissionais e os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ela representa um avanço na formação dos trabalhadores em saúde do país, considerada uma conquista da sociedade.⁽¹⁹⁾

Educação Permanente se caracteriza por ser um processo educativo, que analisa o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde. Constituindo uma estratégia que possibilita uma formação sincronizada, articula necessidades de saúde pública, com a formação de seus trabalhadores, além de ser considerada uma ferramenta de correção do descompasso entre a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde.⁽²⁰⁾

Encontra-se estabelecido constitucionalmente uma das tarefas do SUS. A ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, descrita na Lei orgânica de 1990, devendo ser incluídos todos os níveis de ensino, inclusive os programas de aperfeiçoamentos de pessoal, uma das áreas problematizadoras da formação para adultos.⁽²¹⁾

No mundo do trabalho, a educação permanente deverá contemplar as novas tecnologias e necessidades diárias de aprendizagem desse trabalhador. A educação permanente prevê o trabalho como cenário de aprendizagem, realinhando processos de trabalho e revendo a micropolítica do trabalho.⁽²²⁾

Neste cenário atual de descompasso entre formação e prática, o Ministério da Saúde busca articulação de agendas e programas, com o intuito de investir na formação e no desenvolvimento de seus trabalhadores.⁽²³⁾

Nesta perspectiva, a educação permanente entra como referência estratégica, articulando os princípios e diretrizes do SUS e a atenção integral a saúde. Incorporando no cotidiano do trabalho e habilidades técnicas, com produção de novas tecnologias e estratégias de enfrentamento dos pontos desafiadores para o trabalhador. O Ministério da Saúde preconiza algumas diretrizes que permeiam a educação permanente como: valorização do trabalhador; fomentação das práticas de saúde em espaços coletivos; articulação da educação permanente e gestão de pessoas; fortalecimento da educação permanente de forma compartilhada e participativa; e promoção da aprendizagem por meio de adoção de metodologias ativas e críticas.⁽¹⁹⁾

2.4 Estratégias adequadas para educação de adultos

Ensinar não é transferir conhecimentos, é preciso insistir, é necessário criar possibilidades, com foco na produção e construção de saberes. Não apenas precisa ser apreendido, mas precisa ser constantemente testemunhado e vivido. É fundamental pensar certo, uma postura exigente, às vezes, penosa que o docente tem que assumir, pela vigilância constante, evitando simplismo e incoerências.⁽²⁴⁾

A educação, como processo de humanização, é um processo complexo que induz múltiplos conceitos e significados. A educação é transformadora voltada para cidadania, porém não pode ser fragmentada, deve ser contínua e permanente, dando ao indivíduo potencial, para ser agente transformador.⁽²⁵⁾

Um dos grandes pontos desafiadores para promover a educação de adultos é conseguir atrelar a teoria com a sua prática, a reestruturação na forma de transmitir saberes é extremamente necessária. Conseguir fazer com que esse profissional que, muitas vezes, está desmotivado, cansado e exerce jornada dupla de

trabalho, participe ativamente de cursos de aprimoramentos ou de formação não é tarefa fácil.⁽²⁶⁾

Embora a mudança na formação se apresente, há educadores exercendo papel de mero transmissor de informações. É necessário a valorização do processo de ensino aprendizagem, com foco no sujeito do processo. Incentivar essa participação resulta em motivação pelo conteúdo aplicado. Explorar novos ambientes de aprendizagem, dominar o uso de tecnologias de informação e comunicação, valorizar o processo coletivo de aprendizagem.⁽²⁷⁾

A educação no Brasil vem sofrendo mudanças significativas, com a inserção de novas tecnologias, tanto de informação como as de comunicação, e tantas outras opções com intuito de dar protagonismo ao educador. Nessa dinâmica, o educador assume o papel central, não sendo um mero transmissor de informações, e assume um papel de mediador no processo ensino aprendizagem.⁽²⁸⁾

Nos últimos anos, uma das estratégias educacionais que estão sendo mais utilizadas é a simulação da prática, uma ferramenta utilizada pelo campo militar que reproduzia os movimentos realizados nas batalhas. Também há registros de utilização na China e na Índia por volta dos anos 3.000 a.C., mas sua incorporação na educação em saúde é recente, ganhou relevância na educação, quando os profissionais de saúde passaram a valorizar o desenvolvimento de habilidades clínicas e de comunicação com os pacientes. A simulação da prática tem a capacidade de aumentar a potência de aprendizagem. A utilização de ambientes simulados favorece o engajamento e a mobilização de capacidades pré-existentes, elencando facilidades e dificuldades, estimulando a busca por novos conhecimentos e habilidades.⁽²⁹⁾

A aproximação do mundo do trabalho com o mundo da educação permite uma reflexão fundamentada nas práticas diárias, alinhando a realidade do trabalhador. Considerado agente de mudanças, o trabalhador é sujeito da aprendizagem, ativo e disposto a apreender, contribuindo de forma significativa com a construção de um sistema de saúde resolutivo e democrático.⁽¹⁹⁾

Exercer docência exige desenvolvimento de competências e essas competências estão relacionadas a alguns aspectos como: saberes, conhecimentos, valores, atitudes e habilidades. Ao falarmos de processo de aprendizagem compreende quatro áreas que são elas: do conhecimento que compreende os conhecimentos existentes e ao novo que se adquire aquisição, elaboração e organização de informações; do afetivo-emocional, crescente conhecimento de si mesmo, dos seus

limites e potencialidades; de habilidades, que compreende os conhecimentos adquiridos. No entanto, a área que corresponde às atitudes e aos valores, compreendendo o aspecto mais delicado do processo de ensino aprendizagem do indivíduo, e em geral o menos trabalhados nos processos de formação, caracteriza-se pelo desenvolvimento de valores pessoais, como: criticidade, curiosidade, criatividade e autonomia.⁽²⁷⁾

É sabido que o conhecimento memorizado sem a articulação de elementos da vida do profissional gera uma memória curta e rapidamente é esquecida; já os conhecimentos que guardam relação com situações reais promovem uma retenção mais duradoura. A simulação se aproxima da realidade do profissional, facilita a construção do saber com o mundo do trabalho, levando a percepção dos possíveis erros, podendo ser evitados e corrigidos em um cenário simulado, não gerando danos ao paciente. A utilização da simulação no campo da educação em saúde promove uma formação crítica, reflexiva e humanística, que é uma estratégia desafiadora, obrigando educandos e educadores a manter-se atualizados.⁽²⁹⁾

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, realizado por meio de revisão integrativa de literatura.

Revisão integrativa de literatura é um estudo realizado por meio de análise de textos, com a finalidade de obter dados sobre uma determinada temática. Esse método analisa publicações relevantes, possibilitando a síntese de estudos, evidenciando lacunas e carências a serem preenchidas ou aprofundadas através de novos estudos.

Para a realização da revisão integrativa de literatura são recomendadas seis etapas: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa.⁽³⁰⁻³²⁾

I) Elaboração da pergunta norteadora:

Na primeira etapa, é realizada a elaboração da pergunta norteadora, sendo fase de grande relevância, que define quais estudos serão incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas que serão incluídas no estudo, trazendo respostas consistentes ao estudo.⁽³⁰⁾ A partir disso, as perguntas norteadoras elaboradas foram: Quais são aspectos da comunicação relevantes para interação entre ACS e usuários do serviço de saúde? Quais as recomendações para ensino a estes profissionais?

II) Busca na literatura:

Nesta etapa, acontece a busca por dados, que deve ser ampla e diversificada. É realizada a busca na literatura, em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, estabelecendo-se critérios de amostragem. Os critérios devem discriminar representação da amostra, contendo indicadores de confiabilidade dos resultados.⁽³⁰⁾

Sendo assim, a busca dos artigos foi feita por meio de consulta à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que contém bases de dados da área de saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic*

Library Online, Base de Dados de Enfermagem; no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP). A escolha das bases foi feita levando em consideração a particularidade temática da pesquisa. Os ACS configuram uma categoria profissional com características e peculiaridades do território brasileiro, com atuação norteadada pela PNAB,⁽¹⁶⁾ elencando ações com base na realidade local da área de abrangência. Assim, não faria sentido para este estudo o uso de textos referentes a profissionais de outros contextos culturais e laborais.

Para consulta às bases de dados e aos bancos de dissertações e teses foram inicialmente selecionadas as palavras chaves: agente comunitário de saúde, comunicação e educação. Contudo, para maior direcionamento à pesquisa na BVS foi consultado os descritores em ciências da saúde (DeCS) e selecionados os descritores: agente comunitário de saúde, comunicação e ensino, nos idiomas português, inglês e espanhol. A substituição da palavra-chave “educação” pelo descritor “ensino” deu-se pela definição do descritor “ensino” ser mais coerente com o enfoque deste estudo.

A busca na BVS foi realizada utilizando-se os descritores pareados, com o uso de recurso *booleano AND*. Para a seleção dos textos foram utilizados como critérios de inclusão: textos nos idiomas português, inglês e espanhol, desenvolvidos e/ou publicados entre 2013 e 2022. Contudo, para pesquisa no Banco de Teses e Dissertações da CAPES foi necessária a redefinição de critérios, frente à enorme diversidade de trabalhos (1.395.504) associados aos descritores consultados, muitos dos quais não apresentavam relação alguma com o tema pesquisado. Assim, optou-se por inserir critério de área do conhecimento – atenção básica e por incluir trabalhos desenvolvidos nos últimos seis anos (2017 a 2022), considerando-se que a alteração da PNAB foi publicada em 2017, contendo ações descritas que mudam significativamente o trabalho dos ACS, preconizando inclusive treinamento específico para esses profissionais.⁽¹⁶⁾ Outros critérios considerados foram a disponibilidade integral do texto nas plataformas digitais e pertinência temática. Como critério de exclusão foi considerado repetição do texto nas diferentes de busca. A figura 1 sintetiza o processo de busca na literatura.



Figura 1. Síntese da busca na literatura

III) Coleta de dados

A terceira etapa consiste na coleta de dados, estabelecendo quais dados serão extraídos dos textos para que abranjam os resultados e possibilitem uma

tabulação simples e de fácil acesso, que consiste em organizar informações de vários estudos em uma só planilha a fim de facilitar o uso dessas mesmas informações ao fazer análises comparativas.⁽³¹⁾

Nessa pesquisa, a coleta de dados ocorreu em março de 2022. Foi elaborado um banco de dados que favorecesse a organização dos dados coletados com o auxílio de um quadro, desenvolvido pelos autores (Apêndice 1). Neste quadro, as colunas representaram cada informação extraída do texto e cada linha representou uma pesquisa incluída na amostra do presente estudo.

IV) Análise dos resultados

Análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade na prática.^(30,31)

O processo de análise dos artigos se deu por meio de leitura exploratória e crítica dos artigos selecionados, elencando os pontos de maior relevância. Os dados foram organizados de modo a alimentar o quadro resumo, no qual cada linha representava um artigo e cada coluna uma variável da análise (ano de publicação, periódico, categoria profissional dos autores, método da pesquisa e estratégia identificada).

V) Discussão dos resultados

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses.^(30,31)

Os resultados foram discutidos após análise descritiva dos dados numéricos e da identificação das estratégias identificadas por semelhança temática.

VI) Apresentação da revisão

A apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada. Na revisão integrativa, a combinação de diversas metodologias pode contribuir para a falta de rigor, a inacurácia e o viés, devendo ser conduzida dentro de padrões de rigor metodológico. Torna-se imperativo, portanto, tecermos pontuais considerações acerca de algumas fases do processo: coleta de dados, análise e discussão dos dados.⁽³¹⁾

Ocorreu, nesta pesquisa, com a elaboração do relatório final da pesquisa. Os dados foram organizados e analisados por estatística descritiva, por números absolutos e porcentagens e por meio de identificação de estratégias por semelhança temática. Os dados foram apresentados em quadros, gráficos e tabelas e analisados à luz da literatura.

4 RESULTADOS

4.1 Análise da literatura

Com as estratégias de busca previamente descritas foram encontrados 22 trabalhos derivados de pesquisas científicas. Com relação ao ano de publicação destes estudos, observa-se sua distribuição percentual na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das pesquisas analisadas de acordo com o ano de publicação

Ano	Número absoluto (%)
2013	02 (9,09)
2014	02 (9,09)
2015	01 (4,54)
2016	0 (0,0)
2017	03 (13,63)
2018	05 (22,72)
2019	04 (18,18)
2020	04 (18,18)
2021	01 (4,54)
Total	22 (100,0)

Observa-se maior número de trabalhos (16 = 72,72%) publicados entre os anos de 2017 e 2020.

Nestes estudos analisados também foi destacado o percentual de estudos por base de dados nas quais os mesmos encontravam-se indexados, como evidencia a tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos estudos segundo base de indexação

Base	Número absoluto (%)
Banco de teses e dissertações da CAPES	15 (68,18)
Banco de teses e dissertações da USP	06 (27,27)
Biblioteca Virtual de Saúde	01 (4,55)
Total	22 (100)

Destaca-se da tabela 2 a predominância de estudos disponibilizados em meio eletrônico pelo Ministério da Educação por meio da CAPES, a agência direcionada para a pós-graduação *stricto sensu* brasileira.

Os estudos também foram agrupados de acordo com seu local de origem, como pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3. Local de origem dos estudos analisados

Local de origem	Número absoluto (%)
Universidade de São Paulo	12 (54,54)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	02 (9,09)
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte	01 (4,54)
Fundação Oswaldo Cruz	02 (9,09)
Santa Casa de Belo Horizonte	01 (4,54)
Instituto Oswaldo Cruz	01 (4,54)
Universidade do Estado da Bahia	02 (9,09)
Universidade do Rio de Janeiro	01 (4,54)
Total	22 (100)

A maior parte dos estudos analisados foi desenvolvido no contexto de universidades públicas, em programas de pós-graduação *stricto sensu*, como mostra a tabela 3, destacando-se a Universidade de São Paulo como instituição em que houve maior produção de estudos acerca de ensino para os ACS.

Nestes estudos também foi possível verificar o método de pesquisa utilizado, como destaca a tabela 4.

Tabela 4. Método de análise de dados dos estudos

Tipo de método de análise	Número Absoluto (%)
Qualitativa	18 (81,82)
Quantitativo	03 (13,63)
Quanti- Qualitativa	01 (4,55)
Total	22 (100)

Nota-se que a maioria dos estudos teve seus dados analisados segundo a ótica qualitativa de pesquisa.

Com relação à categoria profissional dos autores dos estudos analisados, segue-se a representação gráfica de sua distribuição na figura 2.



Observação: alguns estudos possuem mais de um autor.

Figura 2. Categoria profissional dos autores dos estudos analisados.

Nos estudos analisados há predominância de autores enfermeiros: 12 (54,54%) foram escritos por esses profissionais, 03 (13,63%) por médicos, 03 (13,63%) por dentistas, 02 (9,09%) escritos por psicólogos, 1 (4,54%) por terapeuta ocupacional, 1 (4,54%) escrito por pedagogo, 1 (4,54%) por biomédico, 1 (4,54%) por profissional da área de letras e 1 (4,54%) por fisioterapeuta.

Com relação aos resultados dos estudos analisados e as recomendações que trazem para o ensino de ACS, a síntese destes dados pode ser visualizada no quadro 1.

Quadro 1. Síntese dos principais achados e recomendações para o ensino do agente comunitário de saúde nos estudos analisados

	Título	Principais achados do estudo	Recomendações para ensino de ACS
A	A prática dos ACS na América latina: Origens contradições e desafios para o cuidado em saúde no século XXI. ⁽³³⁾	Os ACS são potentes articuladores dos interesses da comunidade	Os ACS buscam recuperação e a valorização dos elos de vínculo
B	O que pode um agente comunitário de saúde: processo de trabalho em saúde mental na atenção básica. ⁽³⁴⁾	Falta de resposta efetiva para transformar a realidade	Acesso contínuo e sistematizado à formação técnica, por meio de cursos de qualificação.
C	Capacitação de agente comunitário sobre perspectiva da fonoaudiologia:	Afinidade em lidar com a comunidade	Implantação de políticas de capacitação em saúde continua...

	...continuação potenciação latente para operacionalização da política nacional da pessoa idosa ⁽³⁵⁾		
D	Elaboração e validação de um instrumento norteador para supervisão do agente comunitário de saúde pelo enfermeiro: uma ação participativa e colaborativa ⁽³⁶⁾	Elaboração de instrumento norteador para supervisão do trabalho do ACS pelo enfermeiro	Rodas de conversa para compartilhamento de conhecimentos com intuito de resolução de problemas.
E	Capacitação e avaliação de agente comunitário de saúde na abordagem e na intervenção de usuário em uso abusivo de Álcool ⁽³⁷⁾	Treinamento para os ACS	O treinamento revelou-se importante subsídio para o trabalho dos ACS
F	(Des)enCAPSulando: os ACS e o cuidado com pessoa com transtorno mental ⁽³⁸⁾	Falta de apoio matricial e trabalho em rede	Participação do ACS em reunião de rede, que envolve atores para além da equipe da ESF (NASF, CAPS).
G	A educação Interprofissional para prática colaborativa na atenção primária de saúde ⁽³⁹⁾	Uso de metodologias ativas na construção da autonomia profissional	A construção do aprendizado de todos os membros da equipe, incluindo o ACS, integrado com as equipes da atenção primária.
H	Atuação dos enfermeiros na prevenção e no controle da obesidade na atenção primária de saúde ⁽⁴⁰⁾	A atuação do enfermeiro fornece subsídio para a gestão da atenção primária	Problematizam a educação em saúde, realizada pelo enfermeiro para com a comunidade, como forma de efetivar as políticas públicas. Não aborda educação de ACS.
I	Avaliação das necessidades de saúde das famílias na estratégia saúde da família: potencialidade para sistematização do cuidado ⁽⁴¹⁾	Avaliação de ferramenta específica para auxiliar na sistematização da assistência	Educação de enfermeiros acerca da ferramenta desenvolvida, em prol da sistematização da assistência. Não aborda educação de ACS.
J	Instrumento de apoio da(o) enfermeira(o) para cuidado à família na atenção primária à saúde ⁽⁴²⁾	Evidenciou-se necessidade de uma ferramenta distinta na mudança do objeto de trabalho: de cuidado individual para família.	Aponta necessidade de capacitação do enfermeiro para uso e desenvolvimento de ferramentas para o cuidado da família. Não aborda educação de ACS.
K	Instrumento de avaliação de resultado de grupos realizados pelas equipes de núcleo de apoio à saúde da família na atenção primária à saúde ⁽⁴³⁾	Dificuldades em habilidades profissionais para o manejo em avaliações de grupos	Pontua a necessidade de capacitação do enfermeiro para manejo de grupos terapêuticos. Não aborda educação de ACS.
L	O conhecimento da classificação internacional da atenção primária por	Observa-se que um número expressivo de enfermeiros está utilizando a CIAP,	Aponta desconhecimento e necessidade de capacitação continua...

	...continuação enfermeiros da atenção primária saúde ⁽⁴⁴⁾	porém sem um conhecimento aprofundado da sua aplicabilidade e estrutura.	do enfermeiro no que se refere à utilização da Classificação de Intervenções da Atenção Primária (CIAP). Não aborda educação de ACS.
M	Representações sociais de profissionais de saúde e percepção de mães de bebês prematuros sobre ação de educação e saúde ⁽⁴⁵⁾	Profissionais de saúde realizam uma assistência humanizada.	Sugere instituição de programa sistematizado e regular de ações de educação em saúde, para profissionais de nível superior, para favorecer o desempenho das mães no cuidado ao prematuro no domicílio. Não aborda educação de ACS.
N	Intervenção educativa de capacitação em diabetes para agente comunitário de saúde ⁽⁴⁶⁾	Proporcionou melhora no conhecimento dos ACS.	A intervenção educacional se mostrou efetiva para o aumento do conhecimento do ACS acerca da temática do diabetes, porém precisa ser aprimorada.
O	A formação do agente comunitário de saúde para trabalho no Sistema Único no Brasil: análise perspectiva e proposta ⁽⁴⁷⁾	Evidenciam uma oferta heterogênea de formação profissional para o ACS nas diferentes regiões do Brasil.	Destaca a fragilidade na qualidade da formação do ACS, uma vez que a maior parte desta formação é realizada por mediação de plataforma digital (Plataforma UNA-SUS, por exemplo). Reforça a necessidade de um olhar centrado na qualidade e especificidade regional dessa formação.
P	Análise das capacitações na atenção primária à saúde realizada no município do Rio de Janeiro: potencialidade e desafio ⁽⁴⁸⁾	Aponta obstáculos que permeiam a implantação da Educação Permanente em Saúde.	Buscar subsídios que possam contribuir para a melhoria das estratégias de educação em saúde no município do Rio de Janeiro. Sugere que o município adote plano de educação permanente contínua para a equipe, incluindo os ACS.
Q	Percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família acerca da terapia comunitária integrativa ⁽⁴⁹⁾	A construção de redes solidárias junto à comunidade representa importante ferramenta em prol da resolução de problemas.	Recomenda utilização de rodas de conversa entre equipe e usuário, como tecnologia leve para promoção da saúde do usuário.
R	Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e prática do cuidado ⁽⁵⁰⁾	O ACS ocupa um lugar técnico afetivo importante na ESF.	A visita domiciliar mostrou-se como potência do trabalho do ACS, sendo o principal instrumento de aproximação e continua...

	...continuação		construção de vínculos com a comunidade.
S	Educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família: reflexão a partir do existencialismo e da educação libertadora ⁽⁵¹⁾	Capacitações, em sua maioria, são pontuais, com assuntos voltados para atualização ou mesmo para facilitar o cumprimento das metas estabelecidas.	Problematiza a capacitação da equipe de ESF em serviço, direcionada para temáticas que não atingiram metas estabelecidas. Questiona a construção do pensamento crítico e argumentador destes profissionais com estas capacitações.
T	O ensino de educação popular em saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduando de enfermagem e agentes comunitários de saúde ⁽⁵²⁾	Ações educativas dos ACS acontecem de forma individualizada, centrada na doença, no reforço da assistência médica e na prevenção de riscos específicos.	Recomenda necessidade de requalificar as ações educativas para os ACS.
U	Almanaque do agente comunitário de saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimento ⁽⁵³⁾	Arsenal importante de conhecimento está presente no cotidiano das relações e redes sociais construídas no trabalho dos agentes.	ACS possuem diferentes formas de conhecimentos e informações. O próprio ACS precisa vocalizar em suas narrativas as necessidades e dificuldades do seu rol de trabalho.
V	Educação em saúde: agentes comunitários e estudante de medicina no controle da Dengue ⁽⁵⁴⁾	Os ACS mencionaram que não há o desenvolvimento contínuo de educação acerca das ações efetivas de prevenção da dengue para ACSs, apenas de controle.	Capacitação direcionada por protocolos e ações pré-estabelecidas. Sugere espaços de discussão e falas dos ACS.

ACS: Agentes comunitários de saúde. ESF: Estratégia saúde da família. NASF: Núcleo de apoio a saúde da Família CAPS: Centro de atenção Psicossocial CIAP: Classificação de Intervenções da Atenção Primária.

Destaca-se que dentre os estudos analisados, a maioria relaciona-se a capacitações desenvolvidas por enfermeiros e direcionadas para o ensino de profissionais da atenção básica de nível superior; apenas 3 (13,63%) envolvem a capacitação dos ACS. Destes três, dois estudos foram desenvolvidos por profissionais de saúde da equipe do Núcleo de apoio à Saúde da dentista, farmacêutico) e um estudo foi desenvolvido por médica. Dos trabalhos avaliados, seis (27,27%) têm como foco principal a capacitação do enfermeiro. Dois (9,09%) estudos abordam as dificuldades de efetivar uma educação permanente eficaz e contínua para os ACS.

Três (13,63 %) estudos^(33,50,53) abordam a criação de vínculo como uma ferramenta de gestão do trabalho dos ACS. O vínculo se faz essencial neste

contexto, uma vez que o desenvolvimento do trabalho diário do ACS se pauta na visita domiciliar. Neste sentido, um (4,54%) estudo⁽³⁵⁾ pontua a afinidade do ACS em lidar com a comunidade, enquanto outros dois (9,09%) trabalhos^(38,39) destacam que a construção do aprendizado dos ACS está pautada em protocolos, e que a maioria dos processos de capacitação precisam ser aprimorados, visando a qualificação do ACS de forma sistematizada e contínua.

Os estudos analisados problematizam falhas na comunicação efetiva, mas não propõem estratégia sólida para capacitação em comunicação dos ACS, sendo as rodas de conversas o único aspecto comunicacional citado. Três (13,63%) estudos^(36,49,54) trazem a roda de conversa como estratégia para capacitação e momento oportuno de troca e verbalização das falas pelos ACS.

Dos trabalhos selecionados para compor a amostra, somente três (13,63%) apontam propostas de treinamento para os ACS, que estão listadas no quadro 2.

Quadro 2. Capacitações de agentes comunitários de saúde evidenciadas pela literatura

	Título	Objetivos	Desenho da capacitação	Estratégias didático-pedagógicas utilizadas para capacitação de ACS
C	Capacitação de agente comunitário sobre perspectiva da fonoaudiologia: potenciação da política nacional da pessoa idosa. ⁽³⁵⁾	Analisar o conhecimento dos ACS, da equipe de referência de uma ESF de um município do interior de São Paulo, sobre a saúde do idoso, com enfoque no envelhecimento normal e suas possíveis alterações.	- Aplicação de questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas para avaliar o conhecimento prévio. - Dois encontros de três horas cada, totalizando 6 horas. - Capacitação com o grupo, utilizando-se	- Apresentação teórica (exposição dialogada). - Dramatização (2 cenários), utilizando atores da comunidade. - Observação da atuação do ACS na prática simulada. continua...
	...continuação			

			metodologias ativas e reflexivas, com construção de cartazes, leituras de textos, apresentação de vídeos e rodas de conversas.	
E	Capacitação e avaliação de agente comunitário de saúde na abordagem e na intervenção de usuário em uso abusivo de álcool. ⁽³⁷⁾	Desenvolver um treinamento para capacitação de ACS do Município de Cravinhos como ferramenta para auxiliar a abordagem e a intervenção de usuários em uso abusivo de álcool.	- Aplicação de questionário pré-teste. - Duas turmas com 7 ACS cada, apenas uma submetida a treinamento teórico. - Treinamento teórico de quatro encontros, de quatro horas cada. Tempo total: 16 horas. - Ambas submetidas à simulação de atendimento ao idoso. - Ao término da simulação foi realizada discussão dos casos simulados, comparando-se concepções e práticas dos ACS de ambos grupos.	- Abordagem teórica (exposição dialogada). - Prática simulada com atores da comunidade. - Construção de cartazes sobre representações do ACS acerca do envelhecimento. - Abordagem reflexiva sobre a construção (rodas de conversa).
	Intervenção educativa de capacitação em ...continuação	Elaborar uma intervenção educativa de capacitação em	- Com três encontros, sendo um por semana, de 120	- Abordagem teórica (exposição dialogada) com apoio continua... de slides.

N	diabetes para agente comunitário de saúde. ⁽⁴⁶⁾	diabetes para ACS.	minutos cada. Tempo total: 6 horas. - Aplicação de instrumento de avaliação de conhecimentos pré e pós-intervenção	- Vídeos.
---	--	--------------------	---	-----------

ACS: Agentes comunitários de saúde. ESF: Estratégia saúde da família.

Com relação ao tempo, as capacitações analisadas tiveram variação entre 6 e 16 horas, com tempo médio de 9 horas, sendo divididas em encontros semanais. Como envolviam pesquisa, utilizaram instrumentos de avaliação do conhecimento pré-capacitação^(35,37,46) e, para análise pós apenas uma⁽⁴⁶⁾ aplicou o mesmo instrumento de avaliação, de modo comparativo. Duas intervenções^(35,37) utilizaram discussões reflexivas para avaliação qualitativa após intervenção educativa.

Dentre as estratégias didático-pedagógicas utilizadas nestas três intervenções educativas para ACS analisadas, destacam-se que todas utilizaram abordagens mistas, com exposição teórica dialogada, e metodologias ativas, como prática simulada, construção de painel integrado com cartazes e discussões em grupo, por meio de roda de conversa.

4.2 Proposta de treinamento em tecnologias para os agentes comunitários de saúde

Após análise da literatura foi possível identificar que programas de capacitação para ACS devem ter abordagem teórico-prática, com uso de metodologias mistas de ensino aprendizagem. Assim, com base na literatura revisada, no referencial teórico sobre tecnologias de Mehry,⁽⁸⁾ sobre comunicação interpessoal de Silva⁽¹⁾ e nos pressupostos educacionais de Paulo Freire,⁽²⁴⁾ foi proposto o Programa de Capacitação em Tecnologias Relacionais para agentes comunitários de saúde (PCTRACS), a seguir explicitado.

Programa de Capacitação em Tecnologias Relacionais para Agentes Comunitários de Saúde

Ementa:

Aborda a comunicação interpessoal e as tecnologias relacionais na interação entre ACS e usuários do sistema de saúde durante visita domiciliar.

Objetivos:

Geral:

Promover a construção do conhecimento e habilidades em comunicação no contexto de trabalho dos agentes comunitários de saúde, utilizando a prática profissional como elemento modificador do processo de cuidar, tendo como norteadores a comunicação interpessoal e as tecnologias relacionais, especialmente o acolhimento e a escuta qualificada.

Específicos:

O profissional ao final do programa deverá ser capaz de:

- Compreender a importância da comunicação no ambiente de trabalho.
- Listar fatores que interferem na comunicação na sua prática.
- Identificar expressões não verbais capazes de interferir na sua abordagem na residência.
- Nomear as tecnologias relacionais que podem ser utilizadas na interação com o usuário do serviço no domicílio.
- Aplicar os conhecimentos e habilidades acerca da comunicação no contexto da sua prática.

Carga Horária:

- 8 horas total, sendo 2 módulos de 4 horas, com encontros semanais.

Público Alvo:

- Agentes Comunitários de Saúde, com limite máximo de 40 profissionais por turma.

- O cumprimento do módulo I é pré-requisito para o módulo II (quadro 3).

Planejamento pedagógico:

Quadro 3. Planejamento pedagógico da proposta de treinamento para agentes comunitários de saúde

Tempo	Conteúdo Programático	Estratégias e Recursos
Módulo I		
30 min	- Apresentação dos objetivos do programa de treinamento. - Aplicação de questionário para avaliação de conhecimento prévio.	- Aula expositiva e dialogada - Recurso: retroprojeto - Aplicação de questionário em tempo real, por meio de plataforma digital - Recurso: <i>Quiz</i>.
20 min	Apresentação dos participantes.	- Apresentação por pares - Recurso: dinâmica de apresentação por pares, destacando habilidades e dificuldades relacionadas ao trabalho.
60 min	- Revisitar a PNAB, expor o papel do agente comunitário e sua relevância. - Conceituar comunicação e sua importância no ambiente de trabalho. - Comunicação verbal e não verbal e seu uso durante visita domiciliar. - Barreiras na comunicação.	- Aula expositiva e dialogada - Recurso: retroprojeto - Vídeo sobre comunicação no contexto de trabalho em saúde, com cenas de filmes. - Recursos: retroprojeto, prática reflexiva e discussão em pequenos grupos
20 min	Intervalo	
90 min	Discussão de casos, baseados na prática diária de interação do ACS com usuários, para identificação de fragilidades e potencialidades no processo comunicativo.	- Discussão em grupo - Recurso: elaboração e apresentação de cartaz destacando fragilidades e potencialidades
20 min	<i>Feedback</i> e encerramento do módulo.	- Exposição dialogada para síntese da construção coletiva. - Recurso: painel integrado
Módulo II		
60 min	Tecnologias relacionais aplicadas na visita domiciliar: acolhimento, empatia, vínculo, escuta ativa, bom humor.	- Aula expositiva e dialogada - Recursos: retroprojeto, vídeos e mapa mental
10 min	Apresentação do contexto do ambiente em que ocorrerá a prática simulada e dos objetivos da atividade.	- Explanação oral sobre a estrutura física cenário e
continua...		

...continuação		operacionalização da técnica.
20 min	Intervalo	
90 min	Prática simulada sobre uso de tecnologias relacionais no atendimento domiciliar. Explanação geral sobre os pontos críticos e positivos elencados durante a simulação.	- Dramatização (Apêndice 2) Recursos: cenário domiciliar, <i>role play</i> , <i>debriefing</i> .
30 min	<i>Feedback</i> e encerramento do programa: "O que vou levar deste curso para minha prática é."	- Exposição dialogada e síntese da construção coletiva Recurso: painel integrado e prática reflexiva.
10 min	Aplicação do instrumento de avaliação pós-treinamento	Recurso: <i>Quizz</i>

PNAB: Portaria Nacional de Atenção Básica. ACS: Agentes comunitários de saúde.

Silva MJ. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 10a ed. São Paulo: Loyola; 2015.⁽¹⁾

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.⁽⁸⁾

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.463, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 set 2020. Seção 1.⁽¹⁶⁾

4.3 Artigo submetido

Artigo será submetido para publicação no período científico Ciência & Saúde Coletiva, ISSN: 1678-4561. Fator de impacto: 1.336. Classificação Qualis-CAPES: B1.

EDUCAÇÃO PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL: revisão de literatura

Sandra Marques de Souza Moreira¹

Monica Martins Trovo²

RESUMO

Introdução: A comunicação é uma competência básica de todos os profissionais de saúde que lidam com pessoas. Comunicar-se não é um processo simples, requer treinamentos e desenvolvimento de habilidades específicas, uma vez que muitos sinais corporais emitidos são interpretados pelo outro de maneiras diferentes, especialmente, quando essa interação acontece no contexto domiciliar, entre os usuários do serviço de saúde e os agentes comunitários de saúde. **Objetivo:** Buscar recomendações de estratégias para ensino de aspectos da comunicação para o trabalho do agente comunitário de saúde. **Métodos:** Estudo descritivo, realizado por meio de revisão integrativa de literatura. A busca dos artigos foi feita por meio de consulta à Biblioteca Virtual de Saúde, ao banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, à Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, utilizando-se os descritores: agente comunitário de saúde; comunicação; ensino. Foram critérios de seleção: trabalhos desenvolvidos entre 2017 e 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol, com disponibilidade integral em meio eletrônicos e pertinentes à temática estudada. **Resultados:** Foram selecionados 22 trabalhos, a maioria (68,2%) disponibilizada pelo banco de teses da CAPES, desenvolvidas no contexto da Universidade de São Paulo (54,5%), por enfermeiros (54,5%), com método qualitativo (81,8%). Dezenove trabalhos (86,4) apenas problematizam a atuação do ACS, apontam necessidade e/ou recomendam seu desenvolvimento profissional. Os únicos aspectos comunicacionais ou tecnologias relacionais apontadas são o vínculo e as rodas de conversa. **Conclusões:** Há fragilidades na literatura sobre trabalhos que envolvam educação permanente do agente comunitário de saúde no que tange à comunicação. Os poucos trabalhos encontrados problematizam a falta de comunicação efetiva, contudo não propõem estratégias concretas para educação destes profissionais para a interação com o usuário do serviço de saúde.

Descritores: Agente Comunitário de Saúde. Capacitação em serviço. Comunicação. Estratégia Saúde da Família.

¹Discente do Curso de Pós Graduação Strict sensu Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE).

²Enfermeira, Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo.

1 INTRODUÇÃO

A comunicação é uma competência básica de todos os profissionais que lidam com gente, pois permeia todos os setores da saúde, não sendo exclusividade somente dos profissionais de saúde. Ela se divide em verbal e não verbal, sendo que a comunicação verbal está associada a palavras, expressadas por meio da linguagem escrita ou falada, sendo insuficiente quando a comunicação não é totalmente efetiva. Já a comunicação não verbal ocorre através de gestos, sinais e postura corporal, sendo capaz de resgatar a capacidade de o profissional de saúde perceber os sentimentos do paciente com maior precisão.⁽¹⁾

Ambas são de extrema importância no contexto da saúde, pois determinam o grau de afetividade nos ambientes de trabalho e, quando usada de forma errônea, podem gerar problemas graves. Comunicar-se não é um processo simples, requer treinamentos e habilidades específicas. Isso porque muitos sinais corporais são interpretados pelo outro de diferentes formas.⁽²⁾

O ser humano utiliza-se da comunicação com o intuito de gerar mudanças de comportamentos e, para que isso ocorra, é necessário conhecer os mecanismos de comunicação que facilitam o processo de trabalho. Além disso, ela possibilita uma intervenção de qualidade e melhora o relacionamento entre os próprios membros da equipe. Contudo, os profissionais da saúde não têm o hábito de validar a comunicação. Há pessoas competentes nos procedimentos técnicos de sua especialidade, mas que têm dificuldade de interagir e comunicar-se.⁽¹⁻⁶⁾

O ato de comunicar-se é fundamental para o desenvolvimento do trabalho em saúde, exercendo influência direta sobre os indivíduos, tornando possível a exteriorização do que se passa interiormente. O primeiro fator que o enfermeiro julga importante para conseguir praticar a teoria da humanização é a comunicação. Ela é também a que mais interessa aos pacientes, estando diretamente relacionada aos cuidados de saúde.⁽¹⁻³⁾ Além de ser uma necessidade humana básica, é um denominador comum das ações, exercidas pelos profissionais de saúde, sendo impossível aos profissionais prestar assistência sem utilizar-se das habilidades da comunicação.⁽⁵⁾

Contudo, é comum ouvir no ambiente de trabalho queixas e reclamações de funcionários que referem não terem sido interpretados de forma correta, gerando sérios problemas de relacionamentos. Muitos mal-entendidos poderiam ser evitados se as mensagens emitidas fossem validadas ou se todos os profissionais da saúde tivessem a

oportunidade de conhecer e se aprofundar melhor nos processos comunicativos que norteiam o cuidar.⁽³⁾

Na rotina de trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), nota-se um grande problema no que diz respeito às interações interpessoais, gerando conflitos e desgastes. A falta de domínio dos profissionais de saúde das ferramentas que amparam essa relação fica evidente a cada dia, refletindo de forma negativa no processo de trabalho e na entrega final do produto ao paciente.

O resultado é uma assistência fragmentada e sem resolutividade. A falta de habilidades no desenvolvimento de uma escuta qualificada, acolhedora e da comunicação efetiva, gera conflitos e atritos, levando ao desgaste da equipe. Uma característica fundamental para o exercício das atividades na ESF é a formação de vínculo. Ele se concretiza com o passar do tempo por meio da criação de elo duradouros entre comunidade e equipe, sendo dependente da comunicação e das relações interpessoais.⁽⁷⁾

A saúde no Brasil tem exigido uma reorientação por parte dos profissionais nas práticas diárias. Na busca de uma nova ótica para produzir saúde, o cuidado deixa de ser pautado no modelo hospitalocêntrico e curativo, para um modelo de revisão de novas práticas, com o intuito de promover cuidado de forma integral, impulsionando o profissional de saúde a se reinventar.⁽⁸⁾

Falar em tecnologia é ter sempre como referência a temática do trabalho, mas o trabalho cuja ação intencional é demarcada pela busca da produção de “coisas”, e, nesse contexto, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: duras, que envolvem os equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais; leves-duras, que se ancoram nos saberes bem estruturados, como clínica médica, epidemiologia; e as leves, que são as tecnologias amparadas nas relações com produção de vínculo. As tecnologias leves são também denominadas tecnologias relacionais e se materializam nas atitudes dos sujeitos, estando presente no espaço relacional do ambiente de trabalho, se caracterizando como um fator de interação importantíssimo entre usuário e profissional.^(8,9)

Um marco das tecnologias das relações é a comunicação efetiva, e ela é conceituada como bidirecional. Para que ela ocorra é necessário que haja resposta e validação de mensagens ocorridas. A comunicação adequada é difícil porque a maioria dos estímulos é transmitido por sinais, e as pessoas atribuem cada sinal a um significado conotativo, porque cada pessoa tem suas crenças, valores, ideias, atribuindo, assim, um

significado a cada gesto. Os profissionais de saúde não podem se esquecer de que suas mensagens estão sendo avaliadas a todo tempo, não só pelas palavras emitidas, mas pela linguagem corporal, tom de voz e forma de agir.⁽¹⁾

Pautado nesse olhar da oferta de cuidados, focado na individualidade e integralidade das ações, ressaltamos o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ao longo dos anos, atuando em um território específico, o ACS agrega características em seu perfil que nenhum outro profissional consegue desenvolver. A aproximação do contexto real que aquela família está inserida, faz com que esse profissional desenvolva expertise, como acolher na individualidade e escutar com respeito as falas do usuário, mesmo sem formação específica para isso. A imersão no cotidiano do trabalho dos ACS revela experiências singulares que contribuem para uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho e a formação de identidade desse profissional. O lugar de mediação que ele ocupa acaba por evidenciar a complexidade e as contradições de inter-relações no território. Ele é o profissional capaz de fazer mudanças no cenário social, agindo direto nas ações de saúde das famílias sob sua responsabilidade, através de ações de educação em saúde ⁽¹⁰⁾

Nesta perspectiva, a educação permanente entra como referência estratégica, articulando os princípios e diretrizes do SUS e a atenção integral à saúde. Incorporando no cotidiano do trabalho e habilidades técnicas, com produção de novas tecnologias e estratégias de enfrentamento dos pontos desafiadores para o trabalhador. O Ministério da Saúde preconiza algumas diretrizes que permeiam a educação permanente como: valorização do trabalhador; fomentação das práticas de saúde em espaços coletivos; articulação da educação permanente e gestão de pessoas; fortalecimento da educação permanente de forma compartilhada e participativa; e promoção da aprendizagem por meio de adoção de metodologias ativas e críticas.⁽¹¹⁾

Educação Permanente se caracteriza por ser um processo educativo, que analisa o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde. Constituindo, assim, como uma estratégia que possibilita uma formação sincronizada, articula necessidades de saúde pública, com a formação de seus trabalhadores, além de ser considerada uma ferramenta de correção do descompasso entre a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde.⁽¹²⁾

No mundo do trabalho, a educação permanente deverá contemplar as novas tecnologias e as necessidades diárias de aprendizagem desse trabalhador. A educação permanente prevê o trabalho como cenário de aprendizagem, realinhando processos de

trabalho, revendo a micropolítica do trabalho. Neste cenário atual de descompasso entre formação e prática, o Ministério da Saúde busca articulação de agendas e programas, com o intuito de investir na formação e no desenvolvimento de seus trabalhadores. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

Frente à problemática exposta, este trabalho tem como objetivo identificar recomendações para educação permanente de ACS no que se refere à comunicação interpessoal e tecnologias relacionais.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado por meio de revisão integrativa de literatura. Para a realização da revisão integrativa de literatura são recomendadas seis etapas: ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

2.1 Elaboração da pergunta norteadora

Na primeira etapa, é realizada a elaboração da pergunta norteadora, sendo fase de grande relevância, que define quais estudos serão incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas que serão incluídas no estudo. Nessa fase é elaborada a pergunta de norteadora, que deverá ser clara e objetiva, trazendo respostas consistentes ao estudo. ⁽¹⁵⁾ A partir disso, a pergunta norteadora elaborada foi: Quais as recomendações para ensino de comunicação interpessoal aos agentes comunitários de saúde?

2.2 Procedimentos de coleta de dados

Nesta etapa, acontece a busca por dados, que deve ser ampla e diversificada. É realizada a busca na literatura, em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, estabelecendo-se critérios de amostragem. Os critérios devem discriminar representação da amostra, contendo indicadores de confiabilidade dos resultados. ⁽¹⁵⁾

Sendo assim, neste estudo, a busca dos artigos foi feita por meio de consulta à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que contém bases de dados da área de saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online*, Base de Dados de Enfermagem; no banco de teses e dissertações da

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP). A escolha das bases foi feita levando em consideração a particularidade temática da pesquisa.

Para consulta às bases de dados e aos bancos de dissertações e teses foram inicialmente selecionadas as palavras chaves: agente comunitário de saúde; comunicação; educação. Contudo, para maior direcionamento à pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde foram consultados os descritores em ciências da saúde (DeCS) e selecionados os descritores: agente comunitário de saúde; comunicação; ensino. Nos idiomas português, inglês e espanhol. A substituição da palavra-chave “educação” pelo descritor “ensino” deu-se pela definição do descritor “ensino” ser mais coerente com o enfoque deste estudo.

A busca na BVS foi realizada utilizando-se os descritores pareados, com o uso de recurso *booleano AND*. Para a seleção dos textos foram utilizados como critérios de inclusão: textos nos idiomas português, inglês e espanhol, desenvolvidos e/ou publicados entre 2013 e 2022. Contudo, para pesquisa no Banco de Teses e Dissertações da CAPES foi necessária a redefinição de critérios, frente à enorme diversidade de trabalhos (1.395.504) associados aos descritores consultados, muitos dos quais não apresentavam relação alguma com o tema pesquisado. Assim, optou-se por inserir critério de área do conhecimento – atenção básica e por incluir trabalhos desenvolvidos nos últimos seis anos (2017 a 2022), considerando-se que a alteração da Política Nacional de Atenção Básica foi publicada em 2017, contendo ações descritas que mudam significativamente o trabalho dos ACS, preconizando inclusive treinamento específico para os mesmos.⁽¹⁷⁾ Outros critérios considerados foram a disponibilidade integral do texto nas plataformas digitais e a pertinência temática. Como critério de exclusão foi considerado repetição do texto nas diferentes bases de busca, conforme evidencia a figura 1.

2.3 Análise dos dados

A terceira etapa consiste na coleta de dados dos textos selecionados, estabelecendo quais dados serão extraídos dos textos para que abranjam os resultados e possibilitem uma tabulação simples e de fácil acesso, que consiste em organizar informações de vários estudos em uma só planilha a fim de facilitar o uso dessas mesmas informações ao fazer análises comparativas.⁽¹⁶⁾

Nessa pesquisa, a coleta de dados ocorreu em março de 2022. Foi elaborado um banco de dados que favorecesse a organização dos dados coletados com o auxílio de um quadro, desenvolvido pelos autores. Neste quadro, as colunas representaram cada informação extraída do texto e cada linha representou uma pesquisa incluída na amostra do presente estudo.

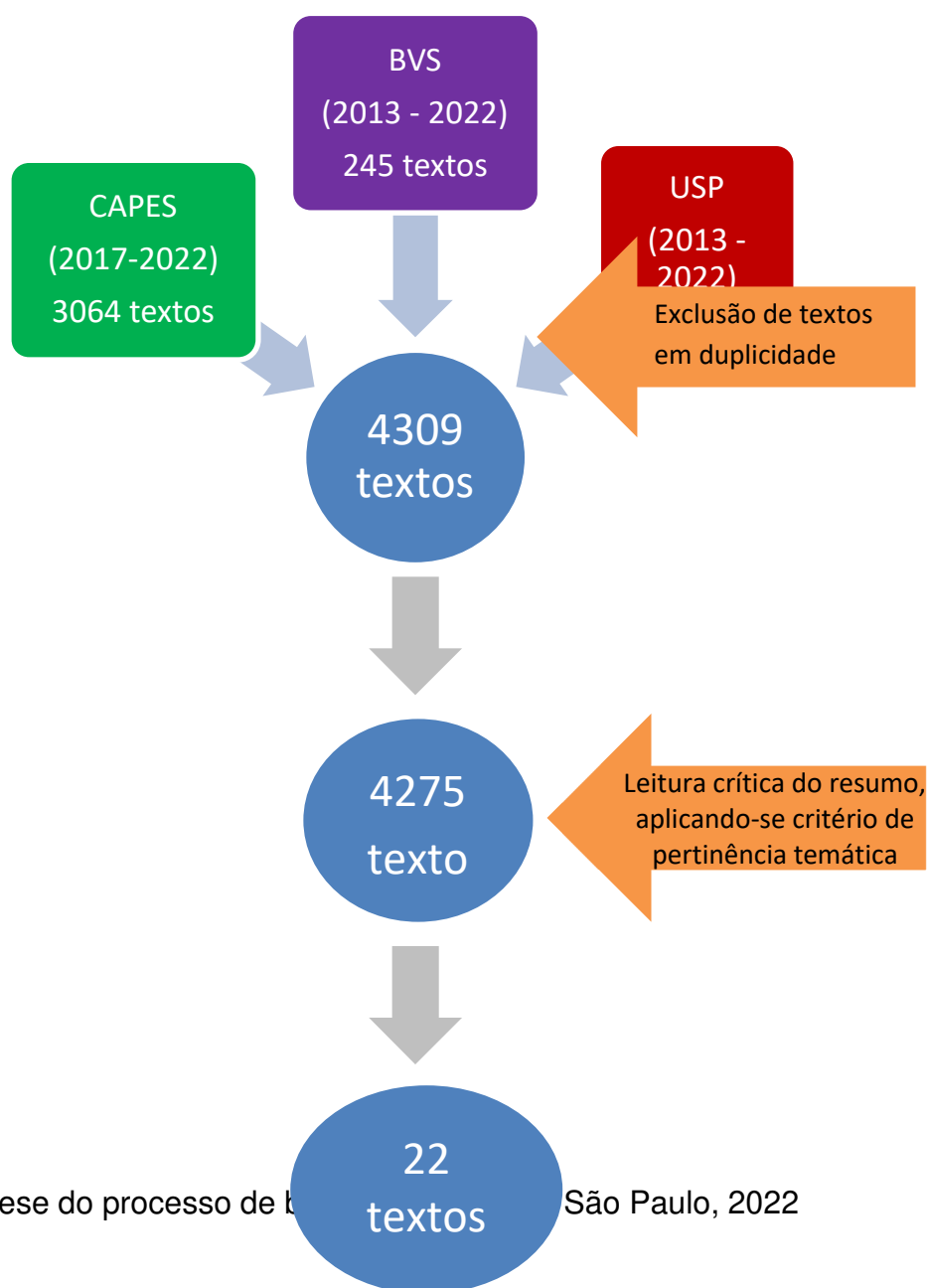


Figura 1 - Síntese do processo de busca e seleção de textos em São Paulo, 2022

2.4. Análise dos resultados

Análoga à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade na prática.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

O processo de análise dos artigos se deu por meio de leitura exploratória e crítica dos artigos selecionados, elencando os pontos de maior relevância. Os dados foram organizados de modo a alimentar o quadro resumo, no qual cada linha representava um artigo e cada coluna uma variável da análise (ano de publicação, periódico, categoria profissional dos autores, método da pesquisa e estratégia identificada).

2.5. Discussão dos resultados

Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

Os resultados foram discutidos após análise descritiva dos dados numéricos e da identificação das estratégias identificadas por semelhança temática.

2.6. Apresentação da revisão

A apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada. Na revisão integrativa, a combinação de diversas metodologias pode contribuir para a falta de rigor, a inacurácia e o viés, devendo ser conduzida dentro de padrões de rigor metodológico. Torna-se imperativo, portanto, tecermos pontuais considerações acerca de algumas fases do processo: coleta de dados, análise e discussão dos dados.⁽¹⁸⁾

3 RESULTADOS

Com as estratégias de busca previamente descritas foram encontrados 22 trabalhos derivados de pesquisas científicas. Com relação ao ano de publicação destes estudos, observa-se sua distribuição percentual na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das pesquisas analisadas de acordo com o ano de publicação

Ano	Número absoluto (%)
2013	02 (9,09)
2014	02 (9,09)
2015	01 (4,54)
2016	0 (0,0)
2017	03 (13,63)
2018	05 (22,72)
2019	04 (18,18)
2020	04 (18,18)
2021	01 (4,54)
Total	22 (100,0)

Observa-se maior número de trabalhos (16 – 72,72%) publicados entre os anos de 2017 e 2020.

Nestes estudos analisados também foi destacado o percentual de estudos por base de dados nas quais os mesmos encontravam-se indexados, como evidencia a tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos estudos segundo base de indexação

Base	Número absoluto (%)
Banco de teses e dissertações da CAPES	15 (68,18)
Banco de teses e dissertações da USP	06 (27,27)
Biblioteca Virtual de Saúde	01 (4,55)
Total	22 (100)

Destaca-se da tabela 2 a predominância de estudos disponibilizados em meio eletrônico pelo Ministério da Educação por meio da CAPES, a agência direcionada para a pós-graduação *stricto sensu* brasileira.

Os estudos também foram agrupados de acordo com seu local de origem, como pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3. Local de origem dos estudos analisados

Local de origem	Número absoluto (%)
Universidade de São Paulo	12 (54,54)
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	02 (9,09)
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte	01 (4,54)
Fundação Oswaldo Cruz	02 (9,09)
Santa Casa de Belo Horizonte	01 (4,54)
Instituto Oswaldo Cruz	01 (4,54)
Universidade do Estado da Bahia	02 (9,09)
Universidade do Rio de Janeiro	01 (4,54)
Total	22 (100)

A maior parte dos estudos analisados foi desenvolvido no contexto de universidades públicas, em programas de pós-graduação *stricto sensu*, como mostra a tabela 3, destacando-se a Universidade de São Paulo como instituição em que houve maior produção de estudos acerca de ensino para os ACS.

Nestes estudos também foi possível verificar o método de pesquisa utilizado, como destaca a tabela 4.

Tabela 5. Método de análise de dados dos estudos

Tipo de método de análise	Número Absoluto (%)
Qualitativa	18 (81,82)
Quantitativo	03 (13,63)
Quanti- Qualitativa	01 (4,55)
Total	22 (100)

Nota-se que a maioria dos estudos teve seus dados analisados segundo a ótica qualitativa de pesquisa.

Com relação à categoria profissional dos autores dos estudos analisados, segue-se a representação gráfica de sua distribuição na figura 2.



Figura 2 - Categoria profissional dos autores dos estudos analisados
Observação: alguns estudos possuem mais de um autor.

Nos estudos analisados, há predominância de autores enfermeiros: 12 (54,54%) foram escritos por enfermeiros, 03 (13,63%) por médicos, 03 (13,63%) por dentistas, 02 (9,09%) escritos por psicólogos, 1 (4,54%) por terapeuta ocupacional, 1 (4,54%) escrito por pedagogo, 1 (4,54%) por biomédico, 1 (4,54%) por profissional da área de letras e 1 (4,54%) por fisioterapeuta.

Destaca-se que dentre os estudos analisados, a maioria relaciona-se a capacitações desenvolvidas por enfermeiros e direcionadas para o ensino de profissionais da atenção básica de nível superior; apenas 3 (13,63%) envolvem a capacitação dos ACS. Destes três, dois estudos foram desenvolvidos por profissionais de saúde da equipe NASF (dentista, farmacêutico) e um estudo foi desenvolvido por médica. Dos trabalhos avaliados, seis (27,27%) têm como foco principal a capacitação do enfermeiro. Dois (9,09%) estudos abordam as dificuldades de efetivar uma educação permanente eficaz e contínua para os ACS.

Três (13,63 %) estudos^(33,50,53) abordam a criação de vínculo como uma ferramenta de gestão do trabalho dos ACS. O vínculo se faz essencial neste contexto, uma vez que o desenvolvimento do trabalho diário do ACS se pauta na visita domiciliar. Neste sentido, um (4,54%) estudo⁽³⁵⁾ pontua a afinidade do ACS em lidar com a comunidade, enquanto outros dois (9,09%) trabalhos⁽³⁸⁻³⁹⁾ destacam que a construção do aprendizado dos ACS está pautada em protocolos, e que a maioria dos processos de

capacitação precisam ser aprimorados, visando a qualificação do ACS de forma sistematizada e contínua.

Os estudos analisados problematizam falhas na comunicação efetiva, mas não propõem estratégia sólida para capacitação em comunicação dos ACS, sendo as rodas de conversas o único aspecto comunicacional citado. Três (13,63%) estudos^(36,49,54) trazem a roda de conversa como estratégia para capacitação e momento oportuno de troca e verbalização das falas pelos ACS.

Dos trabalhos selecionados para compor a amostra, somente três (13,63%) apontam propostas de treinamento para os ACS, que estão listadas no quadro 1.

Quadro 2: Capacitações de ACS evidenciadas pela literatura. São Paulo, 2022

	Título	Objetivos	Desenho da capacitação	Estratégias didático pedagógicas utilizadas para capacitação de ACS
C	Capacitação de agente comunitário sobre perspectiva da fonoaudiologia: potenciação latente para operacionalização da política nacional da pessoa idosa. ⁽¹⁹⁾	Analisar o conhecimento dos ACS, da equipe de referência de uma ESF de um município do interior de São Paulo, sobre a saúde do idoso, com enfoque no envelhecimento normal e suas possíveis alterações.	- Aplicação de questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas para avaliar conhecimento prévio. - Dois encontros de três horas cada, totalizando 6 horas. - Capacitação com o grupo, utilizando-se de metodologias ativas e reflexivas, com construção de cartazes, leituras de textos, apresentação de vídeos e rodas de conversas.	- Apresentação teórica (exposição dialogada). - Dramatização (2 cenários), utilizando atores da comunidade. - Observação da atuação do ACS na prática simulada.
	Capacitação e avaliação de agente comunitário de saúde na	Desenvolver um treinamento para capacitação de ACS do	- Aplicação de questionário pré-teste.	- Abordagem teórica (exposição dialogada).

E	abordagem e na intervenção de usuário em uso abusivo de álcool. ⁽²⁰⁾	Município de Cravinhos como ferramenta para auxiliar a abordagem e a intervenção de usuários em uso abusivo de álcool.	- Duas turmas com 7 ACS cada, apenas uma submetida a treinamento teórico. - Treinamento teórico de quatro encontros, de quatro horas cada. Tempo total: 16 horas. - Ambas submetidas à simulação de atendimento ao idoso. - Ao término da simulação foi realizada discussão dos casos simulados, comparando-se concepções e práticas dos ACS de ambos grupos.	- Prática simulada com atores da comunidade. - Construção de cartazes sobre representações do ACS acerca do envelhecimento. - Abordagem reflexiva sobre a construção (rodas de conversa).
N	Intervenção educativa de capacitação em diabetes para agente comunitário de saúde. ⁽²¹⁾	Elaborar uma intervenção educativa de capacitação em diabetes para agentes comunitários de saúde.	- Com três encontros, sendo um por semana, de 120 minutos cada. Tempo total: 6 horas. - Aplicação de instrumento de avaliação de conhecimentos pré e pós-intervenção.	- Abordagem teórica (exposição dialogada) com apoio de slides. - Vídeos

Com relação ao tempo, essas capacitações analisadas variavam entre 6 e 16 horas, com tempo médio de 9 horas, sendo divididas em encontros semanais. Como envolviam pesquisa, utilizaram instrumentos de avaliação do conhecimento pré-capacitação⁽¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁾ e, para análise após apenas uma⁽²¹⁾ aplicou o mesmo instrumento de

avaliação, de modo comparativo. Duas intervenções⁽¹⁹⁻²⁰⁾ utilizaram discussões reflexivas para avaliação qualitativa após intervenção educativa.

Dentre as estratégias didático-pedagógicas utilizadas nestas três intervenções educativas para ACS analisadas, destacam-se que todas utilizaram abordagens mistas, com exposição teórica dialogada, e metodologias ativas, como prática simulada, construção de painel integrado com cartazes e discussões em grupo, por meio de roda de conversa.

4 DISCUSSÃO

Nos trabalhos elencados para compor a amostra percebe-se fragilidades na literatura sobre trabalhos que envolvam o Agente Comunitário de Saúde. Os trabalhos encontrados propõem capacitações em temas pontuais, e problematizam a falta de comunicação efetiva, além da carência de espaços para rodas de conversas entre os ACS.

As características do trabalho dos ACS tiveram início nos anos 1970, com trabalhos voluntários, vinculados a grupos religiosos e organizações não governamentais, desenvolvendo cuidados em saúde pública. Em uma época onde todos os direitos eram negados, estabelecer um vínculo com a comunidade configurava-se uma forma de oferta de cuidados diferenciados.⁽²²⁻²³⁾

A prática do trabalho diário do ACS se entrelaça a uma rede de cuidados entre equipe e comunidade, potencializando a dinâmica do trabalho dos ACS. Contudo, existem conflitos, especialmente quando a equipe reduz a capacidade de atuação dos ACS, focando seu trabalho na busca por contemplação de metas. Isto tem reflexo na literatura: a revisão realizada neste estudo demonstra que a maioria dos trabalhos foi escrito por enfermeiros, propondo capacitações pontuais para enfermeiros ou para a equipe de nível superior que compõe a unidade de saúde. Os poucos trabalhos que apontam treinamentos para os ACS, foram desenvolvidos por profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, e não por enfermeiros, e com foco em treinamento em temáticas voltadas para metas a serem cumpridas.

Dos três programas de capacitação para os ACS no contexto brasileiro analisados, destaca-se que se utilizaram de testes de avaliação para conhecimento prévio e posterior, com o propósito de avaliar a efetividade da proposta educativa em

curto prazo, para o aumento do conhecimento dos ACS. Estes programas usam metodologias mistas de ensino, tanto na abordagem teórica, quanto na experimentação. Essa experimentação é coerente, tendo em vista que quanto mais é significativo para o indivíduo no meio que ele atua, maior chance de utilizá-lo no seu cotidiano.⁽²⁴⁾

A maneira de ensinar sofreu mudanças, assim como a forma de receber informações. A valorização dos cenários de ensino-aprendizagem centrados na vivência local modifica a forma engessada de receber informações. As metodologias ativas promovem profissionais envolvidos no processo educacional como protagonistas do processo de ensino aprendizagem.⁽²⁵⁻²⁶⁾ Assim, a aproximação do contexto real de atuação do ACS faz com que ele se torne protagonista, trazendo para a equipe em rodas de conversa situações reais e fidedignas, fornecendo informações que potencializam a tomada de decisão e o trabalho da equipe multidisciplinar.

As ações do Agente Comunitário de Saúde estão pautadas na criação de vínculos com o usuário, um território vivo, que muda constantemente, principalmente os que trabalham nas regiões onde habitam famílias flutuantes, como trabalhadores rurais das usinas de açúcar e álcool. Essas famílias normalmente são migratórias de uma determinada região do Brasil e permanecem durante o período de colheita, e trazem na “bagagem” um arsenal imensurável de problemas sociais e culturais, tendo como facilitador o ACS, que nem sempre está habilitado a lidar com tantas diversidades culturais e de comunicação.⁽²²⁾

5 CONCLUSÃO

Com base na análise da literatura foi possível identificar que há fragilidades sobre os trabalhos que envolvem educação permanente do ACS, especialmente no que tange à comunicação interpessoal e tecnologias relacionais. Os poucos trabalhos encontrados propõem capacitações em temas pontuais, envolvendo metas do serviço, e problematizam a falta de comunicação efetiva, contudo não propõem estratégias concretas para educação destes profissionais no que tange a sua interação com o usuário do serviço de saúde.

Embora esse trabalho tenha limitações, principalmente relacionadas a seu aspecto de busca em bases de dados eletrônicas, mostra-se relevante no cenário brasileiro, por seu pioneirismo sobre a temática e potencial desenvolvimento de

programas de formação para os ACS. Espera-se, ainda, que seja o primeiro nesta seara, e que seja precedido por outras propostas educativas para o aprimoramento do trabalho dos ACS, fundamental para garantir a universalidade, equidade e integralidade, tão caras ao Sistema de Saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Silva MJ. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 10a ed. São Paulo: Loyola; 2015.
2. Littelejhon SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
3. Araújo MM. Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011. 260 f.
4. Braga EM, Silva MJ. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):410–4.
5. de Araújo MM, da Silva MJ, Puggina AC. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):419–25.
6. Mourão CM, Albuquerque AM, Silva AP, Oliveira MS, Fernandes AF. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Rev Rene.* 2009;10(3):139–45.
7. Abreu TF, Amendola F, Araújo MM. Tecnologias relacionais como instrumento para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):981–7.
8. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
9. Martins JJ, Albuquerque GL. A tecnologia como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007;6(3):351–6.
10. Silva CR, Rosilda M, Moraes RC, Anhas DM, Rosa KR. Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. *Psicol Soc.* 2014;26(n. spe. 2):113-23.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento Base para gestores e Trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
13. Ricaldoni CA, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006;14(6):837-42.
14. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJ, Borges CC, Kawata LS, Mishima SM. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013;21(4):[08telas].

15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa o que é e como fazer? Einstein (Sao Paulo). 2010;8(1):102–6.
16. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CL. Revisão integrativa versus revisão sistemática. REME. 2014;18(1):1-3.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.463, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017; Seção 1:68.
18. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64.
19. Marcandal GG. Capacitação de agente comunitário sobre perspectiva da fonoaudiologia: potenciação latente para operacionalização da política nacional da pessoa idosa [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2013. 95 f.
20. Rossi NF. Capacitação e avaliação de agente comunitário de saúde na abordagem e na intervenção de usuário em uso abuso de Álcool [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2021. 95 f.
21. Moura CN. A formação do agente comunitário de saúde para trabalho no sistema único no Brasil: análise perspectiva e proposta [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2021. 143 f.
22. Monteiro MA, Previtali FS. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. Rev Labor. 2011;1(5): 93-115.
23. Lobato RV, Viana RM, Nogueira LM, Rodrigues IL, Paiva BL, Ferreira AM. Formação do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva do saber local de populações ribeirinhas. Enferm Foco. 2021;12(3):575-81.
24. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários á prática educativa.. 53a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
25. Bourdieu P. fortalecendo referenciais teóricos em metodologias ativas. Espaço Saúde. 2022;23:e817.
26. Wagner KJ, Martins Filho LJ. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: uso, dificuldades e capacitação entre docentes de curso de Medicina. RBEM. 2022;46(1): e028.

5 DISCUSSÃO

Nos trabalhos elencados para compor a amostra percebe-se fragilidade na literatura sobre trabalhos que envolvam o Agente Comunitário de Saúde. Os trabalhos encontrados propõem capacitações em temas pontuais e problematizam a falta de comunicação efetiva, além da carência de espaços para rodas de conversas entre os ACS.

As características do trabalho dos ACS tiveram início nos anos 1970, com trabalhos voluntários, vinculados a grupos religiosos e organizações não governamentais, desenvolvendo cuidados em saúde pública. Em uma época onde todos os direitos eram negados, estabelecer um vínculo com a comunidade configurava-se uma forma de oferta de cuidados diferenciados.^(54,55)

As experiências envolvendo de fato práticas de saúde com pessoas da comunidade tiveram início em 1986, especificamente com a criação do programa de interiorização das ações de saúde. Caracterizava-se por ações em vários estados, em especial em municípios do Ceará, com experiências marcantes voltadas para ações de Atenção Básica em Saúde.⁽⁵⁶⁾

Em 1988, após várias experiências significativas na saúde pública, a atuação dos ACS foi instituída através dos Programas dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com atuação pautada em legislação específica.⁽⁵⁵⁾ Ao longo dos anos, o trabalho dos ACS, ganhou proporções imensuráveis, exercendo funções de saúde pública, atuando no controle de doenças e agravos neste contexto coletivo. Sua atuação é orientada por portarias ministeriais, exercendo função de caráter educacional junto a sua área adscrita.⁽⁵⁶⁾

Embora os ACS não façam parte da equipe de enfermagem, o enfermeiro é responsável pelas capacitações e acompanhamento da dinâmica do trabalho diário dos ACS, uma vez que o mesmo é integrante ativo da equipe de ESF, e tem em sua cartela de serviços uma grande responsabilidade junto da equipe multidisciplinar.⁽¹⁶⁾

A prática do trabalho diário do ACS se entrelaça a uma rede de cuidados entre equipe e comunidade, potencializando a dinâmica do trabalho dos ACS. Contudo, existem conflitos, especialmente quando a equipe reduz a capacidade de atuação dos ACS, focando seu trabalho na busca por contemplação de metas. Isto tem

reflexo na literatura: a revisão realizada neste estudo demonstra que a maioria dos trabalhos foi escrito por enfermeiros, propondo capacitações pontuais para enfermeiros ou para a equipe de nível superior que compõe a unidade de saúde. Os poucos trabalhos que apontam treinamentos para os ACS, foram desenvolvidos por profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, e não por enfermeiros, e com foco para o treinamento em temáticas voltadas para metas a serem cumpridas.

Dos três programas de capacitação para os ACS no contexto brasileiro analisados, destaca-se que se utilizaram de testes de avaliação para conhecimento prévio e posterior, com o propósito de avaliar a efetividade da proposta educativa em curto prazo, para o aumento do conhecimento dos ACS. Estes programas usam metodologias mistas de ensino, tanto na abordagem teórica, quanto na experimentação. Essa experimentação é coerente, tendo em vista que quanto mais é significativo para o indivíduo no meio que ele atua, maior chance de utilizá-lo no seu cotidiano.⁽²⁴⁾

A educação sofreu alterações com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001, servindo como base para a formação em saúde. No entanto, com as constantes mudanças nos processos formativos, em 2014 foram lançadas novas diretrizes, promovendo uma formação em saúde mais humanista.⁽⁵⁷⁾

A maneira de ensinar sofreu mudanças, assim como a forma de receber informações. A valorização dos cenários de ensino aprendizagem centrados na vivência local modifica a forma engessada de receber informações. As metodologias ativas promovem profissionais envolvidos no processo educacional como protagonistas do processo de ensino-aprendizagem.^(56,58) Assim, a aproximação do contexto real de atuação do ACS faz com que ele se torne protagonista, trazendo para a equipe em rodas de conversa situações reais e fidedignas, fornecendo informações que potencializam a tomada de decisão e o trabalho da equipe multidisciplinar.

As ações do Agente Comunitário de Saúde estão pautadas na criação de vínculos com o usuário, um território vivo, que muda constantemente, principalmente os que trabalham nas regiões onde habitam famílias flutuantes, como trabalhadores rurais das usinas de açúcar e álcool. Essas famílias normalmente são migratórias de uma determinada região do Brasil e permanecem durante o período de colheita, e trazem na “bagagem” um arsenal imensurável de problemas sociais e culturais, tendo como facilitador o ACS, que nem sempre está habilitado a lidar com tantas diversidades culturais e de comunicação.⁽⁵⁵⁾

A comunicação norteia as relações humanas básicas.⁽¹⁾ Os trabalhos avaliados no presente estudo problematizam a comunicação, elencam ou conceituam as tecnologias leves como métodos que amparam o trabalho dos ACS, mas não apontam caminhos para a efetivação das mesmas e tampouco para instrumentalização dos ACS na temática.

A educação vem sofrendo mudanças, a aproximação do contexto real de atuação do profissional faz com que ele se torne protagonista, trazendo para a equipe em rodas de conversa, situações reais e fidedignas, dando maior respaldo para a equipe multidisciplinar.

Com base no referencial teórico e na literatura pesquisada, foi possível elaborar um programa em comunicação e tecnologias relacionais para capacitação para os ACS. Pensando em uma melhor aplicabilidade e reprodutibilidade do programa, o mesmo foi dividido em dois módulos, utilizando metodologias ativas e a reprodução do cenário onde os ACS atuam. A simulação é importante no processo de ensino-aprendizagem, uma vez que promove o protagonismo dos envolvidos no estudo.⁽⁵⁵⁾

Isso facilita também a aplicação do programa em vários contextos, não implicando em recursos tecnológicos e modernos, mas, sim, baseando-se no contexto que faz parte da rotina de trabalho daquele profissional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Com base na análise da literatura e no referencial teórico de comunicação de Silva, de tecnologias relacionais de Mehry e educacional de Paulo Freire, foi possível elaborar um programa de capacitação em tecnologias relacionais para os Agentes Comunitários de Saúde.

2. O programa está dividido em dois módulos de quatro horas, com carga horária total de oito horas, com encontro semanal, utilizando estratégias mistas de ensino-aprendizagem, exposição dialogada e métodos ativos de ensino, conforme recomendação da literatura analisada.

3. Embora esse trabalho tenha limitações, principalmente relacionadas ao seu aspecto de testagem da proposta elaborada, mesmo considerando-se o contexto ocasionado pela pandemia do COVID-19, em que muitos Agentes Comunitários de Saúde estavam trabalhando com carga horária reduzida ou mesmo afastados do seu contexto de trabalho, impossibilitando a aplicação do programa naquele momento, mostra-se relevante no cenário brasileiro, por seu pioneirismo sobre a temática, sólida base teórica e potencial de aplicabilidade.

4. Esse programa traz contribuições para o cenário de atuação do agentes comunitários de saúde, sendo a primeira proposta nacional para capacitação de agentes comunitários de saúde voltada para aspectos comportamentais e relacionais, imprescindíveis para formação de vínculo e atendimento integral do usuário do serviço de saúde, sendo coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

5. Pretende-se aplicá-lo em versão piloto para aprimorá-lo e, então, realizar sua validação em estudos futuros. Espera-se, ainda, que seja o primeiro nesta seara e que seja precedido por outras propostas educativas para o aprimoramento do trabalho dos agentes comunitários de saúde, fundamental para garantir a universalidade, equidade e integralidade, tão caras ao Sistema de Saúde brasileiro.

7 REFERÊNCIAS

1. Silva MJ. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 10a ed. São Paulo: Loyola; 2015.
2. Littelejhon SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
3. Araújo MM. Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011. 260 f.
4. Braga EM, Silva MJ. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):410–4.
5. de Araújo MM, da Silva MJ, Puggina AC. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):419–25.
6. Mourão CM, Albuquerque AM, Silva AP, Oliveira MS, Fernandes AF. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Rev Rene.* 2009;10(3):139–45.
7. Abreu TF, Amendola F, Araújo MM. Tecnologias relacionais como instrumento para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):981–7.
8. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
9. Martins JJ, Albuquerque GL. A tecnologia como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007;6(3):351–6.
10. Oliveira JS, Suto CS, Rudval CS. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na Atenção Básica. *Rev Saúde Com.* 2016;12(3):613–21.
11. Honorato DZ, Martins KQ, Vieira SK, Campos SA, Almeida CA. Uso de tecnologia em saúde na consulta: uma análise reflexiva. *Rev Interd.* 2015;8(1):234–9.
12. Haddad JG, Machado EP, Amado JN, Zoboli EL. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro- usuário da atenção básica: Um instrumento para promoção e cidadania. *Mundo Saúde.* 2011;35(2):145-50.
13. Dias MS, Silva MM, Souza FL, Gadelha AK, Alves EA, organizadoras. Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. [Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde].
14. Guerrero P, Mello AL, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa pratica na atenção básica à saúde. *Enferm.* 2013;22(1):132–40.
15. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.463, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 22 set 2017; Seção 1:68.

17. Justo CM, Gomes MH, Silveira C. limites e imposições dos instrumentos do controle dos trabalho dos agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. *Saúde Soc.* 2015;24(2):594-606.
18. Silva CR, Rosilda M, Moraes RC, Anhas DM, Rosa KR. Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. *Psicol Soc.* 2014;26(n. spe. 2):113-23.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento Base para gestores e Trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
21. Araújo D, Miranda MC, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Públ.* 2007;31(Supl.1):20–31.
22. Ricaldoni CA, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006;14(6):837-42.
23. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJ, Borges CC, Kawata LS, Mishima SM. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013;21(4):[08telas].
24. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários á pratica educativa.. 53a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
25. Lopes MT, Labegaline CM, Baldisseria VD. Educar para humanizar: o papel transformador da educação permanente na humanização da atenção básica. *Rev Enferm UERJ.* 2017;25:e26278.
26. Ricaldoni CA, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2006;14(6):1-7.
27. Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. 2a ed. ver e atual. São Paulo: Summus; 2012.
28. Lira BC. Praticas Pedagógicas para o século XXI: a sociointeração digital e o humanismo ético Lira. Petropolis: Vozes; 2016.
29. Oliveira JM, Ribeiro EC, Soeiro E, Ramos L. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde: Simulação da Pratica, 2018, pg 83 Vol 1, editora Atheneu.
30. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisao integrativa o que é e como fazer? Einstein (Sao Paulo). 2010;8(1):102–6.
31. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
32. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CL. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *REME.* 2014;18(1):1-3.

33. Queiroz AA. A pratica dos agentes comunitários de saúde na América latina: Origens contradições e desafios para o cuidado em saúde no século XXI [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 143 f.
34. Lucena FS. O que pode um agente comunitário de saúde: processo de trabalho em saúde mental na atenção básica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013. 162 f.
35. Marcandal GG. Capacitação de agente comunitário sobre perspectiva da fonoaudiologia: potenciação latente para operacionalização da política nacional da pessoa idosa [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2013. 95 f.
36. Goes GR. Elaboração e validação de um instrumento norteador para supervisor do agente comunitário de saúde pelo enfermeiro: uma ação participativa e colaborativa [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019. 113 f.
37. Rossi NF. Capacitação e avaliação de agente comunitário de saúde na abordagem e na intervenção de usuário em uso abuso de Álcool [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2021. 95 f.
38. Taniguchi TG. (Des)enCAPSulando: os agentes comunitário de saúde e o cuidado com pessoa com transtorno mental [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. 143 f.
39. Carácio FC, A educação inter profissional para prática colaborativa na atenção primária de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. 128 f.
40. Braga VA. Atuação dos enfermeiros na prevenção e no controle da obesidade na atenção primaria à saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. 99 f.
41. Martins AC. Avaliação das necessidades de saúde das famílias na estratégia saúde da família: potencialidade para sistematização do cuidado [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019. 116 f.
42. Sousa KP. Instrumento de avaliação de resultado de grupos realizados pelas equipes de núcleo de apoio a saúde da família na atenção primária saúde. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. 113 f.
43. Silva IA, O conhecimento da classificação internacional da atenção primaria por enfermeiros da atenção primária saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019. 80 f.
44. Botelho SM. Representação sociais de profissionais de saúde e percepção de mães de bebês prematuras sobre ação de educação e saúde. Jequié; 2019 [citado 2022 Dez 5] Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppg/ppges/wpcontent/uploads/2017/03/DISSERTAC387C383O-VERSC383O-FINAL-01-02-20121>
45. Rezende CI. Intervenção educativa de capacitação em diabetes para agente comunitário de saúde [dissertação]. Belo Horizonte: Instituto de Ensino e Pesquisa Santa Casa BH; 2017. 130 f.
46. Moura CN. A formação do agente comunitário de saúde para trabalho no sistema único no Brasil: análise perspectiva e proposta [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2021. 143 f.
47. Lopes MA. Analise da capacitações na atenção primaria à saúde realizada no municio do Rio de Janeiro: potencialidade e desafio [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020. 80 f.

48. Ferraz IS. Percepção dos usuários da estratégia saúde família a cerca da terapia comunitária integrativa [dissertação]. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2020. 82 f.
49. Assis AS, Silva CR. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e prática do cuidado, *Physis*. 2018;28(3):e280308.
50. Moreira J, Damiani AP, Scussel C. Educação permanente em saúde na estratégia saúde da família: reflexão a partir do existencialismo e da educação libertadora, *Rev FAEBA*. 2017;26(50):255-72.
51. Amaral MC, Pontes AG, Silva JV. O ensino de educação popular em saúde para SUS: experiência de articulação entre graduando de enfermagem e agente de saúde. *Interface Comunicacao Saude Educ*. 2014;18(Supl 2):1547–58.
52. Martelato RM, David HS. Almanaque do agente comunitário de saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimento. *Interface*. 2014;8(Supl 2):1211-26.
53. Villela EF, et al. Educação em saúde: agentes comunitários e estudante de medicina no controle da Dengue, *RECISS Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2017;11(4): 1-8.
54. Monteiro MA, Previtali FS. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. *Rev Labor*. 2011;1(5): 93-115.
55. Lobato RV, Viana RM, Nogueira LM, Rodrigues IL, Paiva BL, Ferreira AM. Formação do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva do saber local de populações ribeirinhas. *Enferm Foco*. 2021;12(3):575-81.
56. Bourdieu P. fortalecendo referenciais teóricos em metodologias ativas. *Espaço Saúde*. 2022;23:e817.
57. Ferraz RM, Kron-Rodrigues MR, Galvão HM, Araújo CL. Metodologias ativas e o ensino técnico na saúde: a prática docente. *Nursing (São Paulo)*. 2021;24(281):6355–6367.
58. Wagner KJ, Martins Filho LJ. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: uso, dificuldades e capacitação entre docentes de curso de Medicina. *RBEM*. 2022;46(1): e028.

Abstract

Introduction: The communication is a basic competence of all health professionals who deal with people. Besides to be a basic human need to relations, is a common denominator on this professionals actions. Communicating is not a simple process, it's requires training and development of specific skills, since many bodily signals are issued and can be interpreted of others with many different ways, specially when this interaction happens at a domiciliar context, between the health services users and the community health agent. However, there are fragility on the communication process between community health agents and users that can be directly interfere on the results of this professionals actions

Purposes: Identify relevant aspects to the communications between community health agents and system health users; search for strategies recommendations for teach aspects of communication to the work of community health agent and propose training programs about relational technologies for community health agents based in literature recommendations.

Methods: This is a descriptive study, carried out through an integrative literature review. The search for articles was carried out by consulting the Virtual Health Library, the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel bank of theses and dissertations, the University of São Paulo Digital Library of Theses and Dissertations, using the descriptors: community health agent, communication, teaching. Were selections criteria: works developed between 2017 and 2022, on the languages portuguese, english and spanish, with full availability in electronic media and relevant to the topic studied.

Results: 22 works were selected, most (68.2%) made available by the theses bank of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel, developed in the context of the University of São Paulo (54.5%), by nurses (54.5%) with a qualitative method (81.8%). Nineteen studies (86.4) only problematize the performance of the community health agent, point out the need and/or recommend their professional development. Three works (13.4%) present concrete proposals for teaching community health agents, through a theoretical approach (dialogued exposition) and active teaching strategies (panel elaboration, dramatization and conversation circles). The only communicational aspects or relational technologies mentioned are the bond and conversation circles. Thus, a theoretical-practical, theoretical-practical, 8-hour training proposal in relational technologies was prepared, addressing principles of verbal and non-verbal communication in the work context and

the relational technologies empathy, active listening, reception and good humor.

Conclusions: There are weaknesses in the literature on works involving permanent education of community health agents. The few studies found propose training on specific topics, involving service goals and problematize the lack of effective communication; however, they do not propose concrete strategies for the education of these professionals regarding their interaction with the health service user. It is expected that the proposal for training in relational technologies developed can contribute to modifying this reality.

Descriptors: Community Health Agents. In-Service Training. Communication. Family Health Strategy.

Apêndices

Apêndice 1. Quadro de síntese dos trabalhos analisados

	Título	Ano de publicação	Base de indexação	Local de origem	Categoria profissional dos autores	Método	Principais achados do estudo	Recomendações para ensino de comunicação para ACS
A	A pratica dos agentes comunitários de saúde na América latina: Origens contradições e desafios para o cuidado em saúde no século XXI	2015	Banco de teses e dissertações da USP	Universidade Federal de São Paulo	Fisioterapeuta	Qualitativo	Os ACS são potentes articuladores dos interesses da comunidade	Os ACS buscam recuperação e a valorização dos elos de vínculo
B	O que pode um agente comunitário de saúde: processo de trabalho em saúde mental na Atenção Básica	2013	Banco de teses e dissertações da USP	Universidade Federal de São Paulo	Enfermeira	Qualitativo	Falta de resposta efetiva para transformar a realidade	Acesso contínuo e sistematizado à formação técnica, por meio de cursos de qualificação
C	Capacitação de agente comunitário sobre perspectiva da fonoaudiologia: potenciação latente para operacionalização da	2013	Banco de teses e dissertações da USP	Universidade Federal de São Paulo – Odontologia de Bauru	Dentista	Qualitativo	Afinidade em lidar com a comunidade	Implantação de políticas de capacitação em saúde

	política nacional da pessoa idosa							
D	Elaboração e validação de um instrumento norteador para supervisor do agente comunitário de saúde pelo enfermeiro: uma ação participativa e colaborativa	2019	Banco de teses e dissertações da USP	Universidade Federal de São Paulo – Odontologia	Dentista	Qualitativo	Elaboração de instrumentos norteadores para supervisão do trabalho do ACS pelo enfermeiro	Rodas de conversa para compartilhamento de conhecimentos com intuito de resolução de problemas
E	Capacitação e avaliação de agente comunitário de saúde na abordagem e na intervenção de usuário em uso abusivo de Álcool	2021	Banco de teses e dissertações da USP	Universidade Federal de São Paulo – Ribeirão Preto	Enfermeira	Qualitativo	Treinamento para os ACS	O treinamento revelou-se importante subsídio para o trabalho dos ACS
F	(Des)enCAPSulando: os agentes comunitário de saúde e o cuidado com pessoa com transtorno mental	2018	Banco de teses e dissertações da USP	Universidade Federal de São Paulo	Terapeuta Ocupacional	Qualitativo	Falta de apoio matricial e trabalho em rede	Participação do ACS em reunião de rede, que envolve atores para além da equipe da ESF (NASF, CAPS)
G	A educação interprofissional para prática colaborativa na Atenção Primária a Saúde	2018	Banco de teste da CAPES	Universidade Federal de São Paulo – Escola de enfermagem	Enfermeira	Quanti-qualitativa	Uso de metodologias ativas na construção da autonomia profissional	A construção do aprendizado de todos os membros da equipe, incluindo o ACS, integrado com as equipes da Atenção Primária

H	Atuação dos enfermeiros na prevenção e no controle da obesidade na Atenção Primária de Saúde	2018	Banco de teste da CAPES	Universidade Federal de São Paulo – Escola de enfermagem	Enfermeira	Qualitativo	A atuação do enfermeiro fornece subsídio para a gestão da Atenção Primária	Problematizam a educação em saúde, realizada pelo enfermeiro para com a comunidade, como forma de efetivar as políticas públicas Não aborda educação de ACS
I	Avaliação das necessidades de saúde das famílias na estratégia saúde da família: potencialidade para sistematização do cuidado	2019	Banco de teste da CAPES	Universidade Federal de São Paulo – Escola de enfermagem	Enfermeira	Qualitativo	Avaliação de ferramenta específica para auxiliar na sistematização da assistência	Educação de enfermeiros acerca da ferramenta desenvolvida, em prol da sistematização da assistência Não aborda educação de ACS.
J	Instrumento de apoio da(o) enfermeira(o) para cuidado à família na Atenção Primária à Saúde	2019	Banco de teste da CAPES	Universidade Federal de São Paulo – Escola de enfermagem	Enfermeira	Qualitativo	Evidenciou-se a necessidade de uma ferramenta distinta na mudança do objeto de trabalho: de cuidado individual para família	Aponta necessidade de capacitação do enfermeiro para uso e desenvolvimento de ferramentas para o cuidado da família Não aborda educação de ACS.

K	Instrumento de avaliação de resultado de grupos realizados pelas equipes de núcleo de apoio a saúde da família na Atenção Primária à Saúde	2018	Banco de teste da CAPES	Universidade Federal de São Paulo – Escola de enfermagem	Enfermeira	Quantitativa	Dificuldades em habilidades profissionais para o manejo em avaliações de grupos	Pontua necessidade de capacitação do enfermeiro para manejo de grupos terapêuticos Não aborda educação de ACS.
L	O conhecimento da classificação internacional da Atenção Primária por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde	2020	Banco de teste da CAPES	Universidade Federal de São Paulo – Escola de enfermagem	Enfermeira	Quantitativa exploratória	Observa-se que um número expressivo de enfermeiros está utilizando a CIAP, porém sem um conhecimento aprofundado da sua aplicabilidade e estrutura	Aponta desconhecimento e necessidade de capacitação do enfermeiro no que se refere à utilização da Classificação de Intervenções da Atenção Primária (CIAP) Não aborda educação de ACS.
M	Representações sociais de profissionais de saúde e percepção de mães de bebês prematuros sobre ação de educação e saúde	2019	Banco de teste da CAPES	Universidade Estadual do sudoeste da Bahia	Enfermeira	Qualitativa	Profissionais de saúde realizam uma assistência humanizada	Sugere instituição de programa sistematizado e regular de ações de educação em saúde, para profissionais de nível superior, para favorecer o desempenho das mães no cuidado ao prematuro no domicílio

								Não aborda educação de ACS.
N	Intervenção educativa de capacitação em diabetes para agente comunitário de saúde	2017	Banco de teste da CAPES	Santa Casa de Belo Horizonte	Médica	Quantitativa e descritiva	Proporcionou melhora no conhecimento dos ACS	A intervenção educacional se mostrou efetiva para o aumento do conhecimento do ACS acerca da temática do diabetes, porém precisa ser aprimorada
O	A formação do agente comunitário de saúde para trabalho no Sistema Único no Brasil: análise perspectiva e proposta	2021	Banco de teste da CAPES	Instituto Oswaldo Cruz	Dentista	Qualitativa	Evidencia uma oferta heterogênea de formação profissional para o ACS nas diferentes regiões do Brasil	Destaca a fragilidade na qualidade da formação do ACS, uma vez que a maior parte desta formação é realizada por mediação de plataforma digital (Plataforma UNA-SUS, por exemplo) Reforça a necessidade de um olhar centrado na qualidade e especificidade regional dessa formação.

P	Análise da capacitações na Atenção Primária à Saúde realizada no município do Rio de Janeiro: potencialidade e desafio	2020	Banco de teste da CAPES	Instituto Oswaldo Cruz	Médica	Qualitativo	Aponta obstáculos que permeiam a implantação da Educação Permanente em Saúde	Buscar subsídios que possam contribuir para a melhoria das estratégias de educação em saúde no município do Rio de Janeiro Sugere que o município adote plano de educação permanente contínua para a equipe, incluindo os ACS.
Q	Percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família acerca da terapia comunitária integrativa	2020	Banco de teste da CAPES	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	Enfermeira	Qualitativo	A construção de redes solidárias junto à comunidade representa importante ferramenta em prol da resolução de problemas.	Recomenda utilização de rodas de conversa entre equipe e usuário, como tecnologia leve para promoção da saúde do usuário
R	Agente Comunitário de Saúde e o idoso: visita domiciliar e prática do cuidado	2018	Periódicos da CAPES	Revista de Saúde Coletiva Rio de Janeiro	Psicologia	Qualitativo	O ACS ocupa um lugar afetivo-técnico importante na ESF	A visita domiciliar mostrou-se como potência do trabalho do ACS, sendo o principal instrumento de aproximação e construção de vínculos com a comunidade

S	Educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família: reflexão a partir do existencialismo e da educação libertadora	2017	Periódicos da CAPES	Revista FAEEBA	Psicóloga	Qualitativo	Capacitações, em sua maioria, são pontuais, com assuntos voltados para atualização ou mesmo para facilitar o cumprimento das metas estabelecidas	Problematiza a capacitação da equipe de ESF em serviço, direcionada para temáticas que não atingiram as metas estabelecidas Questiona a construção do pensamento crítico e argumentador destes profissionais com estas capacitações.
T	O ensino de educação popular em saúde para SUS: experiência de articulação entre graduando de enfermagem e agente de saúde	2014	Periódicos da CAPES	Revista interface comunicação, saúde e educação.	1 - Enfermeira, 2 - Enfermeira, 3 - Biomédica	Qualitativo	Ações educativas dos ACS acontecem de forma individualizada, centrada na doença, no reforço da assistência médica e na prevenção de riscos específicos	Recomenda necessidade de requalificar as ações educativas para os ACS
U	Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimento	2014	Periódicos da CAPES	Revista interface comunicação, saúde e educação.	1 - Letras, biblioteconomia. 2- Enfermeira	Qualitativo	Arsenal importante de conhecimento está presente no cotidiano das relações e redes sociais construídas no trabalho dos agentes	ACS possuem diferentes formas de conhecimentos e informações O próprio ACS precisa vocalizar em suas narrativas as necessidades e

								dificuldades do seu rol de trabalho.
V	Educação em saúde: agentes comunitários e estudante de medicina no controle da Dengue	2017	BVS	RECIIS	1 - Ciências Biológicas, pedagogia e Ciência da informação, 2 - Médica, 3 - Médico, 4 - Médico	Qualitativo	Os ACS mencionaram que não há o desenvolvimento contínuo de educação acerca das ações efetivas de prevenção da dengue para ACS, apenas de controle.	Capacitação direcionada por protocolos e ações pré-estabelecidas Sugere espaços de discussão e falas dos ACS.

Apêndice 2. Roteiro para prática simulada

Roteiro para prática simulada

Nome do cenário: Orientação durante visita domiciliar à adesão ao tratamento prescrito

Objetivos do cenário:

- Orientar a paciente sobre o uso correto das medicações;
- Estimular a paciente a aderir aos programas educativos disponíveis na unidade;
- Inserir a paciente nas redes de apoio disponíveis na comunidade.

Local do cenário: Residência Domiciliar

Tempo de cenário: 10 minutos / **Tempo de Debriefing:** 20 minutos

Cenário:

- ☐ Simulador
- ☒ Paciente
- ☐ Ambos

Descrição do Cenário

Durante a visita domiciliar da ACS, observou-se que a paciente não faz uso correto/adequado das medicações prescritas, além da ingestão de medicamento analgésico/anti-inflamatório/relaxante muscular em excesso, sem prescrição médica. ACS evidencia isolamento social, se recusa participar dos programas educacionais disponíveis na rede de atenção à saúde, e tem pouca interação com a rede de apoio, inclusive com a Estratégia Saúde da Família. Paciente com familiares enfraquecidos ou desfeitos, sem referência familiar para assumir o caso.

Início de Cenário:

Você é ACS responsável pela Unidade Básica de Saúde e irá abordar a paciente e explicar a importância do uso correto/regular dos medicamentos, além do uso adequado de outros medicamentos e oferecer/incentivar participação/adesão nos programas educativos.

Perfil do paciente

Nome: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX **Idade:** 54 anos

Sexo: Feminino **Peso:** 85 Kg **Altura:** 1,69 m

Perfil Físico

Paciente com sobrepeso, sedentária, déficit motor na perna esquerda, devido a acidente automobilístico há 10 anos, no qual culminou a morte de seu companheiro, apresentação pessoal desleixada.

Perfil Psicológico

Paciente em tratamento para depressão, em uso regular/ correto de medicamentos para tratamento de depressão (antidepressivos). Reclama muito de tudo o tempo todo, não gosta de interação com vizinhos/ comunidade, fornece poucas informações sobre vínculos familiares, mantém em seu domicílio um cãozinho de estimação, este muito bem cuidado e alimentado, boa articulação de palavras.

Histórico Médico: incluir informações relevantes para o cenário, tais como:

(X) DM | (X) HAS | () Asma | () Alergias () Alcoolismo | () Tabagismo – Quantos maços dia/semana: ____tabagista – faz uso de 01 maço/dia_____

Outros_____

Acompanhamento médico:

Faz acompanhamento regular com psiquiatra, mantendo esquema medicamentoso sem alterações há anos, acompanhamento irregular com clínico geral, se recusa a receber visita domiciliar da equipe da ESF.

Medicações em uso/tempo:

Captopril 25mg 2 vezes ao dia (usa quando se sente mal)

Metformina 850mg 2 vezes ao dia (usa quando se sente mal)

Clonazepam 2mg 2 vezes ao dia (usa vários pedacinhos ao longo do dia)

Sertralina 50mg 1 vez ao dia pela manhã

Quetiapina 100mg 1 vez ao dia à noite

Tandrilax 1cp se necessário (usa exageradamente, sem prescrição)

Cirurgias e/ou internações anteriores:

Correção de fratura de fêmur esquerdo há 10 anos;

Histerectomia aos 30 anos por mioma

Falas direcionadoras simuladoras e/ou paciente

[Caso o voluntário siga por ... o ator deverá seguir: ...]

Quando o ACS abordar o uso irregular de medicamentos de forma acolhedora, com simpatia e empatia, buscando estratégias para explicar de maneira clara e adequada o uso correto dos medicamentos em questão, a atriz deverá responder o seguinte:

“Agora que você explicou eu entendi certinho e vou procurar seguir sua recomendação”.

Se o ACS tentar uma abordagem mais incisiva/ áspera, a atriz deverá responder:

“Eu tomo as medicações deste jeito há muitos anos e não morri, quando eu tomo do jeito que mandam, eu passo muito mal. Vou continuar tomando do meu jeito mesmo”.

Se abordada sobre o uso incorreto/ abusivo do Tandrilax de maneira acolhedora e esclarecedora, inclusive com oferecimento de opções adequadas ao uso do Tandrilax a atriz deverá responder:

“Eu não sabia que usar muito esse remédio pode me fazer mal, eu tomo ele já faz tempo e só esse remédio me deixa sem dor, mas agora que você explicou direitinho eu vou tentar usar só quando for muito necessário”.

Se a abordagem não for adequada sobre o uso do Tandrilax, a atriz deverá responder:

“Não faz mal coisa nenhuma, já tomo este medicamento há muito tempo e só fico bem e sem dor com este remédio”.

Quando abordada sobre uso irregular do hipoglicemiante de maneira acolhedora/ gentil a atriz deverá responder:

“Eu sempre tentei controlar a diabetes só comendo pouco açúcar, só abuso nos finais de semana. Mas agora que você explicou direito, vou usar o remédio certinho”.

Se a abordagem for grosseira/ incisiva a atriz responde:

“Quem sabe da minha diabetes sou eu, quem sabe o que eu como sou eu e vou continuar fazendo deste jeito”.

Quando for falado sobre a rede de apoio de maneira gentil e acolhedora, a atriz deverá negar/ recusar, mas deverá ceder aos poucos, perguntar como serão as atividades, se vai ou não haver lanche ou almoço e, ao final da conversa, ela deverá aceitar participar dos grupos para conhecer.

Caso a abordagem não ocorra de maneira gentil e acolhedora, a atriz deverá negar terminantemente participar dos grupos relatando que acha chato atividades em grupo, referir que não gosta de ficar sentada e que sente dores na perna. Não gosta de falar sobre si ou responder perguntas em público.

Materiais e Equipamentos necessários

Mesa 01

Cadeiras 02

Papel para anotações das orientações (ficha específica de visita domiciliar)

Caneta 01

Tolha de mesa 01

Objetivos do cenário

Abordagem do uso de medicamentos errôneo dos medicamentos;

Abordagem de atividades educativas;

Abordar/ evidenciar rede de apoio.

Descrição do Cenário

Durante a visita domiciliar da ACS, a agente comunitária de saúde observou um ambiente conturbado, pouco arejado, com muita sujeira, uma paciente pouco acolhedora, porém permitiu a entrada da ACS na residência, depois de várias tentativas. Dentro do domicílio, a ACS conseguiu evidenciar que a paciente não faz uso correto / adequado das medicações prescritas, ingere vários de medicamentos sem orientação médica, fala pouco sobre vínculos familiares, perdeu seu companheiro em um acidente automobilístico há 10 anos, não gosta de falar sobre o assunto, e reside com um bichinho de estimação, seu porto seguro.

Início de Cenário

O ACS é responsável pela área de abrangência que reside a senhora xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, e durante uma visita domiciliar evidenciou vários problemas

de saúde e, a partir disso, terá que abordar a paciente e explicar a importância do uso correto/ regular dos medicamentos uso correto/ adequado de outros medicamentos e oferecer/ incentivar participação/ adesão nos programas educativos.

Pontos norteadores para o Debriefing

Abordagem do uso de medicamentos;

Abordagem de atividades educativas;

Abordar/ evidenciar rede de apoio.