

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

KELLY ESTIGARRIBIA SERRANO

**CURSO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO CENTRO DE EDUCAÇÃO
TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC: um olhar para a
violência contra a mulher**

Porto Alegre
2014

KELLY ESTIGARRIBIA SERRANO

**CURSO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO CENTRO DE EDUCAÇÃO
TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC: um olhar para a
violência contra a mulher**

Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação
como pré-requisito parcial para aprovação no Curso
de Especialização Formação Integrada
Multiprofissional em Educação e Ensino da Saúde do
Programa de Pós-Graduação em Educação da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Marielly de Moraes

Porto Alegre
2014

KELLY ESTIGARRIBIA SERRANO

**CURSO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DO CENTRO DE EDUCAÇÃO
TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GCH: um olhar para a
formação e a violência contra a mulher**

Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação
como pré-requisito parcial para aprovação no Curso
de Especialização Formação Integrada
Multiprofissional em Educação e Ensino da Saúde do
Programa de Pós-Graduação em Educação da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

Prof^a. Marielly de Moraes (Orientadora – UFRGS)

Dedico esta pesquisa aos meus filhos e a todas as mulheres que sofrem de violência cometida por pessoas que deveriam compreendê-las, amá-las e respeitá-las. Que este sofrimento silencioso ganhe forças para que elas possam lutar por justiça, respeito e dignidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre colocar em meu caminho pessoas amigas que me auxiliam nos momentos difíceis.

Aos meus colegas de curso.

Às professoras orientadoras, Marielly de Moraes e Monalisa Pinheiro, por não me deixarem desmotivar e sempre incentivarem a continuar.

A minha família, meus amigos, meu esposo e em especial minha mãe, que sempre que necessário se fez presente.

A todos que fizeram parte dessa jornada.

RESUMO

Esta pesquisa apresenta algumas considerações sobre a formação profissionalizante do Agente Comunitário de Saúde (ACS), cuja prioridade é a prevenção e a promoção da saúde, cabendo-lhe a responsabilidade pelo elo entre o serviço de saúde e a comunidade e o papel de educador, articulador e mobilizador social. O objetivo deste estudo é analisar a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, a partir da análise do Plano de Curso e material pedagógico do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, Escola GHC, no que se refere ao tema da violência doméstica. A problemática é verificar se, e de que forma, o plano do Curso Técnico de formação de Agentes Comunitários de Saúde da Escola GHC aborda a temática da violência doméstica e se esta abordagem é suficiente para que este profissional esteja preparado para atuar com conhecimento e ética ao lidar com tais situações. Após a análise foi possível identificar que o tema violência contra a mulher é pouco abordado durante o curso. Faz-se necessário ampliar os conteúdos teóricos sobre o tema para que a ligação teoria e prática sejam eficientes no preparo profissional do ACS. Seria de extrema importância incluir na matriz curricular ações de controle e prevenção da violência. Verificou-se, também, que o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da Escola GHC, contempla as normas curriculares para a formação profissional dos ACS.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Formação Profissional. Violência Contra a Mulher.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVOS	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1 A SAÚDE NO CONTEXTO ATUAL	11
2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	13
2.3FORMAÇÃO DE NÍVEL TÉCNICO PARA O SUS	14
2.4A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	19
2.4.1 Violência Contra a Mulher	20
2.4.2 Lei Maria da Penha	21
2.4.3 Atendimento por Violência no SUS	23
3 METODOLOGIA.....	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
4.1 A ESCOLA GHC E O CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	26
4.2 O PLANO DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA EGHC	27
4.2.1 Estrutura Curricular.....	30
4.3 O MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO NO CURSO TÉCNICO DE ACS	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1998)

O SUS (Sistema Único de Saúde), previsto na Constituição de 1988 e criado por meio da lei 8.080 de 1990, é a principal política pública com vista à garantia do direito constitucional à saúde. (FERRAZ, 2007)

De acordo com a referida lei “dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”. Com isso, a atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população. (BRASIL, 1988)

Com vistas ao cumprimento do que traz a Lei 8080, é elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica surgindo assim o Modelo de Atenção Integral à Saúde com o propósito de alterar o Modelo Assistencial de Saúde, o qual era centrado na doença, no médico e no hospital privilegiando a parte curativa em detrimento da preventiva.

Os Cuidados Primários em Saúde têm como um de seus valores o respeito pelo indivíduo, ao colocar a pessoa no centro dos cuidados à saúde valorizando sua cultura, aspectos sociais e conhecendo seu território de atuação. (OMS 2008)

No contexto da Atenção Primária em Saúde entra em cena o profissional Agente Comunitário de Saúde -ACS, que tem além de outras funções determinadas em legislação a formação e a busca do vínculo comunitário, buscando uma melhor proximidade com a população. Sua inserção ocorreu por meio do Programa de Agentes Comunitários da Saúde – PACS, institucionalizado pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional em Saúde, em 1991.

Os Agentes Comunitários são trabalhadores da saúde que desenvolvem ações que buscam a integração da comunidade onde atuam e o serviço de saúde, através de atividades de prevenção de doenças e agravos, promoção e vigilância à saúde. Podem ser considerados como facilitadores de educação permanente em Saúde. São cidadãos envolvidos com o SUS nos âmbitos da gestão, educação, atenção ou controle social que acompanham e facilitam a reflexão crítica sobre os processos de trabalho no SUS. (BRASIL, 2004)

Para impulsionar a organização da atenção básica, no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde criou como estratégia prioritária o Programa Saúde da Família– PSF, em 1994, com o objetivo de promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, ficando o PSF responsável pela atenção básica em saúde de uma área determinada. (BRASIL, 2007)

Por ser o elo entre a comunidade, a família e a saúde o ACS foi incorporado ao PSF, fazendo parte das equipes de Saúde, com a função de, por meio de visitas domiciliares, produzir informações capazes de dimensionar os principais problemas de saúde da comunidade.

Considerando o conceito ampliado de saúde o Ministério da Saúde, desde 1993, vem desenvolvendo ações de formação e educação em saúde, que abrangem trabalhadores e cidadãos, com vistas à formação e à capacitação para o trabalho em equipe, à gestão adequada do SUS e à formação de lideranças em saúde. (BRASIL, 2006)

No que diz respeito à formação dos ACS, estes devem ser preparados para saber lidar com situações diversas que interferem na qualidade de vida da comunidade, dentre elas a violência contra a mulher, tema deste estudo.

As situações de violência doméstica estão cada vez mais presentes nas comunidades e tornando-se uma constante no dia a dia do ACS. Na maioria das vezes está relacionada à violência contra a mulher, mas também atinge crianças, adolescentes e idosos; está marcada por violência física, mas também pela violência psicológica, sexual, moral entre outras.

O relatório divulgado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em 2013 aponta que mais de um terço de todas as mulheres do mundo é vítima de violência física ou sexual, o que representa um problema de saúde global com proporções epidêmicas. São agressões e abusos que geram, além de problemas de saúde comuns, problemas de saúde agudos e crônicos, que vão desde lesões imediatas e infecções sexualmente transmissíveis a quadros de depressão e elevada carga de estresse, esta, por sua vez gera sofrimento psíquico, favorecendo o surgimento do adoecimento mental, nos níveis, individual e coletivo. Por isso há a preocupação por parte da OMS de orientar os profissionais de saúde sobre como ajudar as vítimas de violência

doméstica e sexual. Eles salientam a importância em capacitar profissionais de saúde para reconhecer quando há situações de violência domiciliar e saber como agir. (OMS, 2013)

Por ser o tema da violência doméstica atual e abrangente, optou-se por pesquisar se, e de que forma, a violência doméstica, em especial a violência contra a mulher, está presente na formação do ACS, já que o mesmo é o personagem que deve estar apto a lidar com os problemas e situações de risco da comunidade.

1.1 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo consiste em:

- Analisar a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, a partir da análise do Plano do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da Escola GHC e do material didático utilizado no curso, no que se refere ao tema da violência contra a mulher.

Os objetivos específicos compreendem:

- Analisar se o Plano do curso Técnico de Agente Comunitário da Saúde da Escola GHC aborda o tema da violência contra a mulher;
- Analisar se o material didático utilizado no curso aborda o tema da violência contra a mulher;
- Analisar de que maneira a temática da violência contra a mulher está colocada dentro do Plano do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da Escola GHC;
- Analisar de que maneira a temática da violência contra a mulher está colocada dentro do material didático utilizado no curso e como a mesma é abordada.

2FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A SAÚDE NO CONTEXTO ATUAL

Na década de 80, algumas organizações religiosas católicas, organizações não governamentais e instituições acadêmicas realizavam ações em saúde pública e comunitária, nas quais priorizavam o envolvimento da população com as ações e os serviços de saúde. Essas propostas de saúde comunitária passaram a ter maior destaque com a realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata¹, em 1978. Considerada marco referencial das propostas de atenção primária em saúde, com base no elo entre os serviços e a comunidade, e também por reafirmar a saúde como um direito humano fundamental .(MONTEIRO; PREVILATI, 2011)

A Saúde pública no Brasil teve início a partir da constituição Federal em 1988, com a criação do SUS, que garante a todo o cidadão sem distinção de raça, sexo ou poder social, a atendimento gratuito à saúde. (BRASIL, 1998)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto desse intenso movimento contra-hegemônico, conhecido como reforma sanitária, que a partir de uma luta política da qual participaram movimentos populares, associações de moradores, profissionais de saúde, buscaram a construção de uma agenda de discussão positiva de direitos sociais. (NASCIMENTO;CORREA, 2008)

Tal sistema baseia-se na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social. Esses princípios doutrinários, legitimados na Constituição de 1988, objetivavam reordenar os serviços e ações, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. Nessa proposta de reorganização dos serviços de saúde, a atenção primária corresponde às ações assistenciais de baixa complexidade técnica, mas de alta complexidade tecnológica, no que diz respeito ao âmbito das relações, que passaram a ser desenvolvidas em unidades básicas, tais como postos ou centros de saúde, considerados, a partir daí, como portas de entrada para um sistema de saúde hierarquizado segundo níveis de complexidade. Esse acontecimento desencadeou uma ampliação significativa da rede de serviços no nível primário, assumidos pelos municípios, o que gerou a necessidade de um incremento na formação de profissionais de saúde. (BARROS, 2010)

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a atenção primária, ou básica, à saúde orienta-

¹ Antiga Rússia, atual Cazaquistão. A conferência realizada em Alma-Ata ficou conhecida como Declaração de Alma-Ata, a qual priorizava o reforço à ação comunitária e à reorientação dos serviços de saúde.

se pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. (BRASIL, 2009)

Segundo o modelo adotado pelo SUS, a atenção básica é considerada o primeiro nível de atenção à saúde. É considerada a “porta de entrada” do sistema de saúde. Oferece à população o acesso a especialidades básicas, como clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde. (BRASIL 2007)

Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o PSF (Programa de Saúde da Família), passando o sistema de saúde a ser orientado pela atenção básica, em substituição ao PACS (Programa de Agente Comunitário em Saúde). Uma das principais características da reorganização do processo de trabalho por meio da saúde da família é a relação de confiança, atenção e respeito entre a comunidade e os profissionais de saúde, a qual se dá à medida que os usuários têm suas necessidades de saúde atendidas. (BRASIL, 2009)

O atendimento à população é realizado através de uma equipe de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, e quando ampliando conta com dentista e auxiliar de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios, dentro de um território limitado. Cada equipe deve atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, podendo solucionar 80% dos casos em saúde das pessoas sob sua responsabilidade. (BRASIL, 2007)

A Estratégia Assistencial de Saúde da Família oferece atenção integral, centrada no indivíduo e na família, com extensão ao ambiente familiar, de trabalho e social, e mostra que oferecer às famílias ações de saúde preventivas e curativas em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população. (BRASIL, 2009)

Segundo dado de pesquisa SIAB (Sistema de Informação e Atenção Básica), em 2008 a população brasileira já contava com o atendimento de 29.239 equipes de saúde da família e 229.578 Agentes Comunitários de Saúde.

O Ministério da Saúde, preocupado com o não cumprimento das diretrizes básicas do SUS, lançou em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção Básica e da Gestão da Saúde, com a proposta de incentivar o diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, valorizando a troca de saberes incluindo os saberes dos usuários dos serviços e familiares, levando em conta as necessidades sociais os desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde. (BRASIL, 2004)

Entre as diretrizes gerais da PNH nos diferentes níveis de atenção está a preocupação em sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros).

2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Agente Comunitário é o trabalhador da saúde que desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ESF, através de atividades de prevenção de doenças e agravos, promoção e vigilância à saúde. Atua no campo de interface setorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando os acessos às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde, nos domicílios e na comunidade, sob normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. (BRASIL, 2006)

O ACS utiliza o cadastro de todas as pessoas de sua microárea, como instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural das famílias adscritas em sua base geográfica definida. O cadastro atualizado e o registro de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos servem para que o ACS seja capaz de orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e de traduzir para as Unidades Básicas de Saúde a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identificar parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes. (BRASIL, 2006)

O reconhecimento da interferência positiva do agente comunitário na Pastoral da Criança da Igreja Católica levou o MS a incorporar essa atividade aos serviços de saúde. Assim, foi oficialmente criada a atividade de ACS em um programa específico, em 1991. (BARROS, 2010)

A inserção do ACS na rede do SUS ocorreu por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 1991, como parte do processo de construção do SUS, com o intuito de qualificar a coleta de informações sobre a saúde da população. Os profissionais, eleitos através do processo de escolha, deveriam

ser pessoas moradoras da área de abrangência do posto de saúde da família e possuir um bom relacionamento na comunidade.

Para ser ACS, inicialmente, bastava saber ler, escrever, conhecer e residir na comunidade, passando por um treinamento em geral, de uma semana, chamado “treinamento introdutório” realizado habitualmente, pelo enfermeiro da equipe; e, durante o trabalho, passavam por outros treinamentos específicos nos diversos municípios que adotaram o PACS, PSF e Estratégia Saúde da Família.(MONTEIRO; PREVILATI, 2011)

Atualmente para o exercício da profissão de ACS é necessário que o mesmo resida na área em que atuar, tenha concluído o ensino fundamental e o curso de formação básica para agente comunitário de saúde. (BRASIL, 2002)

Com o início do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, os ACS foram incorporados às equipes multiprofissionais, sendo reconhecido pela Lei Federal n.10.507, de 10 de julho de 2002, como profissional da área da saúde, tendo como ações e competências: participar da vida da comunidade estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população; fortalecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde; orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde; cadastrar todas as famílias da sua área de abrangência; manter os demais membros da equipe de saúde informados sobre as necessidades da comunidade.

Dada a importância de sua função no programa e em decorrência de seu papel estratégico no fortalecimento da atenção básica enquanto política pública para a saúde houve necessidade de capacitar esse profissional, sendo a profissão de ACS criada, em termos de lei em 2002, e revogada em 2006 para que ajustes pudessem ser feitos. (BARROS, 2010)

Em 2006, foi promulgada a Emenda Constitucional n.º 51, que prevê a possibilidade de contratação desse trabalhador por meio de processo seletivo público. Regulamentado pela Lei n.º11.350/2006 que estabeleceu o regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para esses trabalhadores e definiu as atividades que desenvolvem. (MONTEIRO; PREVILATI, 2011)

2.3FORMAÇÃO DE NÍVEL TÉCNICO PARA O SUS

A complexidade do campo de atuação dos profissionais da saúde requer a formação

atual de recursos humanos para que esta área desenvolva competências que podem ser identificadas como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Essas competências são definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, que seguem orientações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB).

A LDB é a mais importante lei brasileira que se refere à educação. Esta lei foi aprovada em dezembro de 1996 e é composta por 92 artigos que versam sobre os mais diversos temas da educação brasileira, desde o ensino infantil até o ensino superior. Indica que a finalidade da educação é estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo, devendo a mesma vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social. (GUIMARÃES et al, 2009)

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde foram instituídas em 2001, com o intuito de orientar que a elaboração dos currículos aconteça dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida. As DCN buscam articular teoria e prática, intermediando a construção de saberes e orientando ações para as práticas das políticas públicas de educação em saúde, sem deixar de lado a atenção integral da saúde, onde a formação do profissional da área contemple o sistema de saúde vigente que está contextualizado num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e trabalho em equipe.

Conforme as DCN os profissionais de saúde dentro do seu âmbito profissional devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. O conteúdo das DCN sugere a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas da vida, da organização, da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; enfatizando que os cursos da área da saúde devem ter um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

O projeto pedagógico na área da saúde deverá buscar a formação integral e adequada através da articulação entre o ensino, a pesquisa e a assistência.

De acordo com Pereira e Ramos (2006) pode-se afirmar que a educação dos trabalhadores na saúde é composta por projetos contraditórios, um projeto hegemônico herdado de uma política de formação profissional que concebe a educação como forma de adaptação dos trabalhadores ao já existente; e outro contra-hegemônico, “cuja meta é entender as

condições históricas que produzem e reproduzem o próprio sistema capitalista periférico e dependente, como é o caso do Brasil, assim como apontar para formas de luta e de superação dessa mesma sociedade brasileira injusta e desigual(...)”. Pode-se dizer que o projeto contra-hegemônico venha com o intuito de ampliar o olhar na formação, considerando os problemas sociais e culturais existentes.

O profissional de saúde precisa obter conhecimentos, desenvolver habilidades e ter atitudes que possibilitem sua atuação multiprofissional na promoção da saúde. Para que este profissional adquira os conhecimentos, habilidades, competências e valores necessários é preciso que o mesmo tenha um ensino que estabeleça a ligação entre a teoria e a prática, ligando os mundos do trabalho e da ciência. (PEREIRA; RAMOS,2006)

Maia (2004) ressalta que qualquer processo de formação na área da saúde deve tomar como referência as necessidades originadas pelo modelo de assistência à saúde praticada pelo SUS, incluindo a prática no próprio cenário de atuação do profissional em saúde.

A lei que criou a profissão de ACS trouxe a necessidade de um processo formal de qualificação para esses trabalhadores. Para definir essa formação, durante o ano de 2003, o Ministério da Saúde elaborou um perfil de competência profissional dos ACS, com a participação de gestores estaduais e municipais do SUS, trabalhadores, serviços e instituições formadoras.

A partir daí, foi elaborada uma proposta para a formação do ACS, levando em consideração os seguintes aspectos: política de formação estabelecida pelo MEC (legislação educacional); política de formação dos trabalhadores de nível médio do SUS; especificidade do trabalho do ACS; diversidade da escolarização desses profissionais.

O Ministério da Saúde propôs que a formação do ACS aconteça a partir de itinerários formativos (ou seja, a formação é oferecida em etapas subsequentes e o reconhecimento de cada etapa prévia assegura que seja garantida a progressão dos estudos aos agentes, conforme sua escolaridade).Independentemente da escolaridade, o trabalhador poderá começar a formação inicial e, ao mesmo tempo, complementar sua escolaridade. Além disso, a proposta prevê a possibilidade de o ACS dar continuidade aos estudos de formação profissional.

A formação profissional dos ACS está sendo realizada pelos Estados por meio da Rede de Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores do SUS – ETSUS, instituições públicas criadas para atender às demandas locais de formação técnica dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde. (RET-SUS, 2011)

O itinerário de formação do ACS começa pela formação inicial, com uma carga horária de aproximadamente 400 horas. Essa formação deve ser prioritariamente uma formação em serviço e estará a cargo das escolas técnicas do SUS. Ou seja, a formação deve ser coordenada pela escola técnica e realizada de forma descentralizada, de modo que os agentes não tenham que se afastar do trabalho para cumprir boa parte da formação. (BRASIL, 2006)

A construção das propostas de formação dos ACS tem sido discutida pelos gestores municipais e estaduais e escolas técnicas do SUS. As Escolas, que serão responsáveis por essa formação, têm o compromisso de promover a articulação locorregional, principalmente com os gestores municipais. O Ministério da Saúde se encarrega do financiamento das 400 horas iniciais, desde que os projetos estejam coerentes com os princípios já apresentados. Além da formação dos agentes, as propostas devem prever também a formação pedagógica para os docentes que irão atuar de maneira descentralizada, bem como a confecção de material didático. Os recursos para essa formação serão repassados “fundo a fundo” para gestores estaduais ou municipais, dependendo do âmbito de desenvolvimento da formação.(BRASIL, 2006)

O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos ACS como parte do processo de qualificação da força de trabalho, devendo a mesma caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de trabalho.(BRASIL, 2006)

Todo profissional da saúde, incluindo o ACS, deve manter sigilo sobre as informações referentes aos usuários do serviço, a menos que haja consentimento expresso do usuário para rompimento do sigilo. A ética profissional tem caráter normativo e moral, enfoca o relacionamento do profissional com sua clientela e membros da equipe, visando à dignidade humana e a construção do bem estar no contexto sociocultural onde exerce sua profissão. Por ser o elo entre a comunidade, a família e o serviço de saúde, ele deve ser preparado para saber lidar com situações diversas que interferem na qualidade de vida da comunidade, entre elas as situações de risco aos quais a comunidades está exposta.

A OMS define situações de risco como aquelas em que uma pessoa ou grupo de pessoas “corre perigo”, tendo maior possibilidade de adoecer ou até mesmo morrer, como é o caso da violência contra a mulher. (BRASIL, 2009).

Trombeta(2008) ressalta que é a partir da ética universal do ser que devemos pensar todas as relações dos humanos entre si e destes com a natureza e com a vida. Por ser espaço de formação humana a educação é essencialmente um processo de conquista e formação ética. A educação jamais pode prescindir da formação ética. “Educar é formar sujeitos éticos tendo em vista a humanização do humano e das relações sociais. Sem ética é impossível efetivar um projeto de educação libertador e humanizante”.(TROMBETA, 2008, p. 178)

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, criou, em 2009, a Matriz Pedagógica para Formação de Redes, no que diz respeito à Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual.

Compreende-se o conceito de matriz pedagógica como sendo o conjunto de informações teóricas e o aprimoramento técnico, o perfil e a vocação profissional para as questões da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, a qual sugere conteúdos e metodologias que podem ser adaptados às realidades regionais, colaborando para promover a qualificação profissional no trato com pessoas em situação vulnerável, possibilitando a prevenção das situações de violência, o acolhimento em casos de suspeita ou confirmação, o diagnóstico, o tratamento, a notificação dos casos e os encaminhamentos adequados.(BRASIL,2009)

O conteúdo da matriz orienta a compreensão dos eixos da prevenção e da atenção para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, subdividindo-se em um módulo global, que aborda os marcos conceituais, a legislação e a formação de rede, e em módulos específicos, que deverão abordar os contextos de saúde, segurança pública, justiça, direitos humanos, educação, cidadania e apoio psicossocial. A capacitação deve compreender carga horária total de 40 horas, sendo 8 horas dedicadas ao desenvolvimento do módulo global e 32 horas para oficinas de aprofundamento nos assuntos relacionados às áreas específicas.

O módulo inicial/global deve selecionar conteúdos e informações estratégicas e prioritárias, abordando a leitura da violência, contexto histórico e a magnitude do problema, conceito de cidadania e direitos humanos, concepção de políticas públicas, controle social, sistemas de registro de dados e informações, conceito de violência de gênero/violência doméstica e sexual contra mulheres, crianças e adolescentes e orientação sexual; além de abordar o conceito de Rede de Atenção Integrada para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, atenção integrada, portas de entrada para pessoas vitimizadas, acolhimento, escuta qualificada e mudança de postura do profissional.

O módulo específico, da matriz pedagógica, traz os conteúdos que devem ser trabalhados durante a formação do ACS, devendo ser abordado: tipologia da violência; impacto; atenção integral à saúde; atendimento à violência doméstica e sexual em sistema de rede intersetorial e multidisciplinar; ética; legislação; acolhimento e abordagem às situações de violência doméstica ou sexual; saúde mental e apoio psicossocial para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. (BRASIL, 2009)

2.4A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência doméstica atinge mulheres, crianças e idosos em todo o mundo, em decorrência da desigualdade nas relações de poder entre homens e mulheres, assim como a discriminação de gênero ainda presente na nossa cultura. (SOUZA, 2008)

A OMS (2002) considera violência como uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

O SINAN² (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) estabelece o entendimento da categoria violência Física, também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico, como atos violentos, nos quais se fez uso da força física intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não, marcas evidentes no seu corpo. A violência física se manifesta na forma de tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, entre outras, além de ferimento por arma de fogo. Porém, a violência doméstica não é marcada apenas pela violência física, mas também pela psicológica, sexual, patrimonial, moral entre outras.

A OMS classifica a violência contra a mulher, a violência sexual, a violência contra jovens, pessoas com deficiência e idosos, além de abuso infantil, como violência interpessoal. Este tipo de violência pode ser física ou psicológica e ocorrer tanto no espaço público como no

² O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de Minas Gerais ou difilobotríase no município de São Paulo.

privado.

A OMS ainda estabelece distinções sobre as naturezas da violência, referindo-se às modalidades ou expressões de atos violentos: violência física, violência psicológica, violência sexual, negligência, abandono ou privação de cuidados.

2.4.1 Violência Contra a Mulher

A violência contra a mulher, propriamente dita, pode ser qualquer ato de violência que tenha por base o gênero e que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica, incluindo ameaça, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer na vida pública ou privada, sendo a mesma a mais comum forma de violência doméstica. Faz-se necessário a distinção desta com a violência doméstica e familiar, pois a violência contra a mulher é um conceito mais amplo, podendo ser considerado crime ou não. Na maioria dos casos de violência contra a mulher existe uma relação de dependência econômica e financeira.(SOUZA, 2008)

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) mais de 1/3 de todas as mulheres do mundo é vítima de violência física ou sexual, o que representa um problema de saúde global com proporções epidêmicas.

Pesquisas revelam que mulheres expostas à violência doméstica apresentam um nível elevado de depressão; são três vezes mais acometidas por ideias de suicídio; as sobreviventes deste tipo de violência possuem mais períodos de nervosismo e irritabilidade; há uma taxa elevada de confusão e perda de memória, e mulheres que sofrem essa violência de forma rotineira tendem ao isolamento (ALMEIDA, 1999).

Conforme Oliveira (2007), a violência debilita a saúde mental da mulher e, ainda:

As consequências psicológicas do abuso são ainda mais graves do que seus efeitos físicos. Frequentemente, a experiência do abuso destrói a autoestimada mulher e a expõe a um risco muito mais elevado de sofrer problemas mentais, incluindo-se depressão, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo de substâncias, como tranquilizantes e álcool. (OLIVEIRA, 2007)

Além da baixa autoestima, as consequências dos agravos na vida da mulher são marcadas também pelo medo, pelo isolamento social e até pela incorporação do sentimento de culpa. Surge, com maior frequência, o sentimento de temor que paralisa e impede a mulher de

buscar ajuda e o desejo de crer que o parceiro não é tão mau. (MONTEIRO, 2007)

Para Gomes et al (2009 citado por FERNANDES, 2012) a violência doméstica se incorpora como objeto de saúde pública, revelando-se uma problemática que implica perdas para o bem-estar, a segurança da comunidade e dos direitos humanos, não respeitando fronteira de classe social, raça, etnia, religião, gênero, idade e grau de escolaridade.

2.4.2 Lei Maria da Penha

Ao longo da história a própria mulher tem aceitado o papel de submissão na relação com o homem. Desde a Idade Média, os maus-tratos infligidos às mulheres eram tolerados e até enaltecidos como práticas cujos propósitos eram corrigi-las de suas manchas e erros. No século XV, começam a ser registrados protestos e mudanças no comportamento jurídico no intuito de punir e condenar os maridos que agissem com extrema brutalidade e violência grave contra suas esposas.

No final do século XVIII e meados do século XIX, é visível um retrocesso nestas práticas, principalmente na Inglaterra e Estados Unidos. As agressões físicas e psicológicas contra as mulheres foram reforçadas no século XIX pelas ideias do positivismo de August Comte, para quem a mulher deveria ser submissa, altruísta, desprovida de desejo sexual. Suas funções seriam servir aos seus maridos e filhos, dedicando-se exclusivamente às tarefas domésticas nas quais pudessem manifestar seus dons maternos.

Somente a partir da metade do século XX é que surgiram as primeiras tentativas de “desnaturalizar” essa relação de dominação do homem e submissão da mulher, que encontram suporte no fator biológico. (MONTEIRO, 2007)

O século XX foi definitivo para o reconhecimento de um amplo leque de direitos humanos, responsável por profundas modificações na conduta de diversos segmentos sociais entre eles os frutos colhidos pelos movimentos das mulheres. O movimento feminista brasileiro conquistou, nas últimas décadas, a ampliação dos direitos da mulher, suas ações foram decisivas para articular o caminho da igualdade entre os gêneros. Conforme a história o primeiro movimento feminista foi motivado pelas reivindicações por direitos democráticos como o direito ao voto, divórcio, educação e trabalho no fim do século 19. Já na década de 1960, foi marcado pela liberação sexual (impulsionada pelo aumento dos contraceptivos). No final dos anos 70 a mobilização foi pela luta de caráter sindical. Em 1975 (Ano Internacional da Mulher),

foi criado o Movimento Feminino pela Anistia. No mesmo ano a ONU, com apoio da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), realiza uma semana de debates sobre a condição feminina, sendo ainda nos anos 70 aprovada a lei do divórcio, uma antiga reivindicação do movimento. Nos anos 80, as feministas embarcam na luta contra a violência às mulheres e pelo princípio de que os gêneros são diferentes, mas não desiguais, sendo em 1985 criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), subordinada ao Ministério da Justiça, com objetivo de eliminar a discriminação e aumentar a participação feminina nas atividades políticas, econômicas e culturais. (BRASIL, 2012).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006)³ entrou em vigor como uma tentativa de facilitar a punição de autores de violência doméstica. Estabelece mudanças, tanto na tipificação dos crimes de violência contra a mulher, quanto nos procedimentos judiciais e da autoridade policial.

A lei dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar, tipifica a violência doméstica como uma violação dos direitos humanos, altera o Código Penal e possibilita aos agressores serem presos em flagrante ou terem prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher.

A Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, popularmente nomeada por Lei Maria da Penha, foi criada segundo seu Art.1 com o objetivo de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Sua criação deu-se a partir da vida de uma cearense, que durante a sua vida conjugal sofreu várias tentativas de assassinato e na última tentativa ficou paraplégica.

Maria da Penha Maia Fernandes, farmacêutica bioquímica, formada pela Universidade Federal do Ceará, lutou durante 15 anos para que o seu agressor fosse preso. Marco Antônio Heredia Viveiros, na noite do dia 29 de maio de 1983, o marido de Maria da Penha tentou matá-la com um tiro pelas costas, que a deixou paraplégica. Após o ocorrido o professor universitário não se intimidou e tentou eletrocutar a esposa enquanto ela tomava banho. Então, a partir daí, iniciou a luta de Maria da Penha em busca de justiça e para garantir o direito à vida de outras mulheres. Em 1998 Penha denunciou o descaso das leis e do governo brasileiro à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA). O governo brasileiro foi responsabilizado por sua negligência e omissão em relação à violência doméstica e assim surgiu a lei 11.340/2006. Marco Antônio Heredia Viveiros foi preso em 2002

³ BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/legislacao-1/lei-maria-da-penha/leimariadapenha-1.pdf>. Acesso em: set. 2013.

e permaneceu preso por dois anos. (FERNANDES, 2012)

2.4.3 Atendimento por Violência no SUS

A violência doméstica contra as mulheres possui aspectos políticos, culturais, policiais, jurídicos e também é um caso de saúde pública. Estudos realizados no Brasil e em outros países concluíram que mulheres que estão em situação de violência, e que frequentam serviços de saúde, são conhecidas como poliqueixosas, por sentirem vários sintomas e não conseguirem explicar seus sentimentos. (OLIVEIRA, 2007)

O impacto da violência como causadora de doença para as mulheres pode ser medido pelo número de anos de vida saudável perdidos, pois um ano de vida saudável é perdido a cada cinco anos de violência, para mulheres entre 15 e 44 anos, segundo dados do Banco Mundial. A violência significa uma carga negativa para a saúde feminina que equivale ao peso representado pelo vírus da imunodeficiência adquirida – HIV, pelas doenças cardiovasculares, pelos cânceres e pela tuberculose.

Essas mulheres apresentam, em razão da violência: traumatismos ósseos e musculares, especialmente neurológicos, causados por pancadas na cabeça, quedas e empurrões; hematomas; ferimentos; cicatrizes por queimaduras, mordidas; dores de cabeça crônicas, aumento de risco para doenças crônicas; asma; gravidez indesejada; doenças sexualmente transmissíveis; hemorragias, lesões e infecções ginecológicas e urinárias; abortos espontâneos, partos prematuros; dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica; alterações menstruais; distúrbios gastrointestinais e danos psicológicos. Além disso, perdas potenciais e implicações na qualidade de vida que repercutem no desenvolvimento pessoal, social e econômico. (OLIVEIRA, 2007).

É importante que o profissional da saúde esteja atento a esses sintomas que estão associados à violência contínua ou mesmo a agressões esporádicas.

Para enfrentar as várias formas de violência, o setor de saúde tem políticas próprias de âmbito nacional que são articuladas com várias unidades do Ministério da Saúde, entre elas há a Unidade de Vigilância, Prevenção de Acidentes e Violências.

A partir de 2006, o Ministério da Saúde estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de levantar dados estatísticos sobre as violências obtendo subsídios para o planejamento de ações de prevenção e

de intervenção.

Os dados e as informações coletadas pelo sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/MS), através da Ficha de Notificação/Investigação individual, Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências, permitem aos gestores identificarem os principais tipos de violência, onde ocorrem, os horários de maior frequência e o perfil do possível autor da agressão, entre outras informações.

A notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências foi implantada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde em 2009, devendo ser realizada de forma universal, contínua e compulsória nas situações de suspeita de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, atendendo as Leis 8.069 – Estatuto da Criança e Adolescente; 10.741 - Estatuto do Idoso e 10.778.

Essa notificação é realizada pelo gestor de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante o preenchimento de uma ficha de notificação específica. Serve como instrumento de proteção e não de denuncia ou punição, é uma das dimensões da linha de cuidados do SUS. É uma forma de possibilitar que o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, definam prioridades e estabeleçam políticas públicas de prevenção de violências, de promoção da saúde e cultura da paz.

3 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa exploratória do tipo descritiva. A técnica utilizada é a revisão bibliográfica e o estudo documental realizado por meio da análise do conteúdo do Plano de Curso Técnico de ACS da EGHC, e do material didático utilizado em aula. “As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”.(GIL, 2010,p.27)

Na pesquisa exploratória a coleta de dados pode ocorrer de diversas maneiras, mas geralmente envolve o levantamento bibliográfico. Já as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população, e podem ser elaboradas com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis, e muito utilizadas em pesquisas com objetivos profissionais. (GIL, 2010)

De acordo com Gil (2010) a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado, bem como o material disponibilizado pela internet. A pesquisa bibliografia é elaborada com o propósito de fornecer fundamentação teórica ao trabalho, atualizando o conhecimento referente ao tema pesquisado. A pesquisa documental é indicada quando o material consultado é interno à organização e que não receberam um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

A análise documental consiste, segundo Lüdke e André (1986), em uma busca de identificações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse.

Utilizou-se a técnica da análise de conteúdo, por ser esta considerada, segundo Guimarães et al (2009), adequada para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema, baseando-se em informações descritivas e comparativas.

Portanto, a análise seguiu os passos da coleta de dados, pesquisando o referencial bibliográfico a respeito dos temas a serem desenvolvidos (formação do ACS e violência contra a mulher), oportunizando a possível comparação com o que está apresentado na pesquisa documental, através do plano do curso de ACS e o material didático apresentado pela EGHC, no que diz respeito ao tema desta pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A ESCOLA GHC E O CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Plano do Curso Técnico de ACS do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, da EGHC apresenta o Curso de ACS referindo que o mesmo foi criado visando contemplar as necessidades apontadas pelo SUS, que requer profissionais com capacidade de atuar nos diferentes setores, de forma a promover a melhoria dos indicadores de saúde.

Foi possível perceber que o curso foi elaborado respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional. O mesmo é realizado no período de três semestres com periodicidade de ingresso anual, com carga horária total de 1.400h.

O Curso Técnico de ACS, na EGHC, tem, entre outras características, a proposta de desenvolver no profissional de saúde o espírito crítico, criativo e prepará-lo para atuar na Atenção Básica em Saúde no SUS na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

No que se refere às políticas de formação para o ACS, a EGHC definiu um processo baseado no modelo de competências, o que foi referendado pelo Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde, em 2004.

Conforme esse documento, o conceito de competência está baseado na visão do trabalho como conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, que deixa de ser a disponibilidade de um “estoque de saberes”, para se transformar em “capacidade de ação diante de acontecimentos”. Entendido como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. (BRASIL, 2004, p. 47)

A qualificação profissional apresenta três dimensões: a conceitual, relacionada à formação e à certificação profissional; a experimental, concernente ao conteúdo real da formação, incluindo os saberes tácitos; e a social, que insere a qualificação no âmbito das relações sociais. No contexto de mudanças, a qualificação tem sido tensionada pela noção de competência, em razão do enfraquecimento de suas dimensões conceitual e social e do fortalecimento da dimensão experimental. Passa-se a valorizar a subjetividade e o saber tácito

do trabalhador, fortalecendo a ideia de que a construção de aprendizados vai além dos conhecimentos formais adquiridos, mas se dá a partir das diversas experiências que vivencia. (RAMOS, 2001)

A meta da EGHC é que, ao término do curso, os profissionais formados tenham potencializadas suas capacidades de: aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente.

4.2 O PLANO DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA EGHC

A prática de formação docente na área da saúde tem de possibilitar interações de troca, compartilhar conhecimentos e experiências, ter atitude interdisciplinar, ou seja, o desafio de adentrar em outra área, com abertura para aprender com o outro. (BATISTA, 2004)

Conforme o Plano do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da EGHC a formação do técnico está embasada na construção compartilhada de saberes e práticas partindo da práxis dos sujeitos envolvidos e do conhecimento da realidade da comunidade e território em que estão inseridos. O plano refere à importância de articular a análise sobre os processos históricos, as políticas públicas de saúde, os elementos de compreensão dos processos de saúde-adoecimento, determinantes e condicionantes sociais da saúde, apropriando-se de ferramentas de análise, de planejamento, gestão, de produção de novos saberes e práticas capazes de contribuir na organização dos processos de trabalho dos agentes comunitários de saúde no contexto das equipes e da estratégia de saúde da família.

Segundo Batista (2004), um plano de curso deve delinear a ação a ser empreendida, especificando a maneira de atingi-la no tempo e no espaço. “O planejamento educacional em saúde implica, ter olhar interdisciplinar que procura apreender a complexidade das práticas desenvolvidas, descortinando possibilidades de projetar e intervir na dinâmica das relações sociais”.

Para a EGHC a formação do técnico de ACS deverá valorizar a singularidade

profissional deste trabalhador, tendo as características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo.

Verifica-se que conforme Pereira e Ramos (2006), no que se refere à obtenção de conhecimentos, habilidades, competências e valores necessários ao trabalhador da saúde, o plano do curso traz a importância em ofertar um ensino que estabeleça a ligação entre a teoria e a prática, ligando os mundos do trabalho e da ciência.

Os objetivos específicos propostos para o curso de ACS compreendem o desenvolvimento de atitudes/valores através do saber-ser (produção de si), os quais se expressam pela capacidade crítica, ética, reflexiva e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas; O interagir com os indivíduos e seu grupo social, respeitando valores culturais e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde; A busca de alternativas frente a situações adversas, com postura ativa e o trabalho em equipe para a solução ou encaminhamento de problemas identificados.

Pode-se dizer que os objetivos do curso apontam um deslocamento do foco da saúde doença para além da dimensão biológica, o que, conforme Centurião e Rocha(2007), coloca em evidência o contexto e as situações relacionais, subjetivas e sociais, trazendo para o campo da formação um novo conjunto de saberes que se agrega à clínica.

Os objetivos descritos no plano sugerem uma perspectiva problematizadora, onde, conforme Sartori (2008), a educação desafia a procurar uma abertura das consciências, para que aconteça a inserção crítica do sujeito na realidade, facilitando a construção da consciência reflexiva acerca da realidade social.

Consta no Plano do Curso que a escola optou trabalhar com eixos temáticos para aplicar os conteúdos curriculares, intitulados de Unidades Temáticas e agrupados segundo uma identidade funcional.

A figura 1, a seguir, apresenta a representação gráfica do perfil de formação: disposição no tempo dos Eixos Temáticos do perfil de formação.

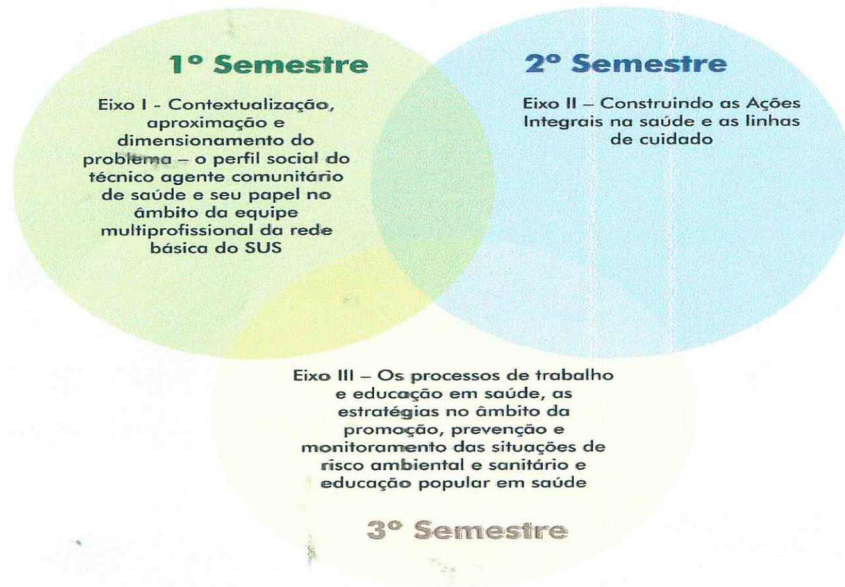


Figura 1: Eixos Temáticos do Perfil de Formação

De acordo com o Plano do Curso o processo formativo se dará a partir da vivência e reflexão no território em que o aluno está inserido como agente comunitário de saúde, tanto de cuidado, quanto de participação popular, identificando e reconhecendo as famílias e seus processos de vida (produção de saúde e adoecimento), se apropriando dos instrumentos de gestão, de trabalho em equipe e da rede de atenção à saúde existente que repercutirão na atenção aos problemas de saúde das famílias e do território.

No geral, o Plano do Curso apresenta as etapas pedagógicas básicas necessárias para o desenvolvimento do referido curso. Porém, os objetivos específicos, tais quais: interagir com os indivíduos e seu grupo social, respeitando valores, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde e buscar alternativas frente a situações adversas com postura ativa transcrevem as características necessárias do perfil do egresso e não os objetivos do curso, os quais deveriam se deter a formação do indivíduo levando-se em conta a necessidade de respeitar valores e culturas, ética profissional, etc.

No que diz respeito à temática específica investigada verificou-se que o plano não faz referências específicas sobre o tema “violência contra a mulher”; ele apenas apresenta um referencial bibliográfico sobre o assunto violência, intitulado: Violência Intrafamiliar. Orientações para práticas em serviço. Ministério da Saúde, 2001.

4.2.1 Estrutura Curricular

O termo “currículo” vem do latim *curriculum*, que significa um percurso, um caminho (MAIA, 2004). Significa o conjunto de assuntos estudados pelos alunos ao longo de um curso (NETO, 2003).

Conforme Maia (2004, p.104):

O currículo é uma construção social da escola, um instrumento pelo qual ela delimita um espaço onde vão ocorrer as experiências de ensino e aprendizagem, com vistas a um processo de formação, em um determinado nível de educação escolar, durante certo período de tempo. É por intermédio do currículo que se articulam a teoria e a prática, onde a escola coloca em prática todo o seu ideário educacional.

Considerando o universo de especificidade que envolve o processo de trabalho e formação do ACS, a estrutura curricular, conforme o que consta no plano do curso da EGHC, está desenhada para que os percursos formativos sejam organizados de forma interdependente.

A estrutura curricular busca contemplar a diversidade dos aspectos relacionados à prática profissional (considerando tanto as especificidades quanto as diferentes unidades de organização do cuidado em saúde), às formas de inserção e organização do trabalho, ao atendimento das demandas individuais e coletivas e, ainda, às diferenças regionais, sociais, políticas e econômicas.

Segundo Maia(2004), o mundo real de atuação futura do profissional é integral e complexo, porém o processo de formação tradicional parte do princípio de fragmentação e da simplificação, contando com a expectativa de que o aluno, ao longo de sua escolarização, construa por si próprio, as sínteses necessárias em torno de temáticas. Portanto o currículo deve representar um recorte real do mundo, incluindo os conteúdos e suas inter-relações, admitindo o princípio da complexidade na formação do aluno.

A matriz curricular proposta para o curso inclui três etapas, distribuídas conforme a tabela que segue, totalizando 1440h, incluindo 40h para o Trabalho de Conclusão do Curso:

Eixo	Unidades temáticas	Carga Horária Concentração	Carga Horária Dispersão
1° Semestre: Eixo I - Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema	Conhecendo a Comunidade	40 h	60 h
	Conhecendo a Política de Saúde	40 h	60 h
	Conhecendo o Perfil do ACS e seu Processo de Trabalho	40 h	60 h
	Cadastrando as Famílias e Planejando as Ações	40 h	60 h
Sub-total Eixo I		160 h	240 h
2° Semestre: Eixo II – Construindo as Ações Integrals na saúde e as linhas de cuidados	Conceitos de Saúde, processo saúde-doença	65 h	85 h
	Ações de atenção à saúde e integralidade	65 h	85 h
	Processo de trabalho em saúde	65 h	85 h
	Trabalho em equipe e o ACS	65 h	85 h
Sub-total Eixo II		260 h	340 h
3° Semestre: Eixo III - No âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário	A Vigilância na Saúde na perspectiva da integralidade	40 h	60 h
	Educação Popular em saúde, Laboratório de Práticas educativas e metodologias	40 h	60 h
	Participação Popular	40 h	60 h
	Os desafios ecológicos, a saúde e a vigilância ambiental	40 h	60 h
Sub-total Eixo III		160 h	240 h
Subtotal Geral		580 h	820 h

Tabela 1: Matriz Curricular

Cada eixo apresentado na tabela contempla quatro unidades temáticas. Analisando cada eixo foi possível identificar que as temáticas estão dispostas conforme o desenho das necessidades de aprendizagem da formação dos ACS.

Segundo o que consta no Plano de Curso, no primeiro semestre a proposta do curso é propiciar o desenvolvimento de ações que promovam a integração entre as equipes de saúde e a população, com a finalidade de acompanhar indivíduos e grupos sociais ou coletividade, realizando atividades de planejamento e avaliações de saúde através de ações de promoção social, de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde em consonância

com as políticas públicas, sociais governamentais, de saúde e princípios e diretrizes do SUS.

O Segundo semestre objetiva promover o desenvolvimento, em equipe, de ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor saúde. Além de propiciar o desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

No terceiro semestre o objetivo é promover o desenvolvimento de ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde.

Cada Unidade Temática do curso prevê momentos de concentração, nos quais as atividades são desenvolvidas em grande grupo (totalidade dos alunos), e momentos de dispersão, onde as atividades são desenvolvidas para pequenos grupos.

Os momentos de concentração dizem respeito a aulas teórico-expositivas, estudos de texto e de casos, trabalhados em grupos ou individualmente. Os momentos de dispersão podem contemplar tanto as aulas teóricas em aula, como práticas realizadas na comunidade e na unidade de saúde, favorecendo assim o trabalho em campo.

Analisando a estrutura curricular exposta no Plano do Curso observa-se que a forma como as unidades temáticas estão descritas dentro de cada eixo não esclarece o tema que será trabalhado no decorrer da formação. Poderiam estar mais explícitos os conteúdos programáticos de cada unidade temática e a sua relação com as referências. Por exemplo, no segundo semestre, cujo eixo tem como título “Construindo as Ações Integrais na Saúde e as Linhas de Cuidado”, os assuntos definidos em cada unidade temática não descrevem o conteúdo curricular que será abordado dentro de cada unidade.

Dessa forma, torna-se difícil compreender se o curso trará, ou não, o tema sobre a violência contra a mulher, objeto dessa pesquisa. Somente ao analisar o material pedagógico, visto mais adiante, encontrou-se, dentro do mesmo eixo o assunto em questão.

Percebe-se a necessidade de adequações no que concerne à matriz curricular do curso, no sentido de tornar mais claros e detalhados os conteúdos abordados.

4.3 O MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO NO CURSO TÉCNICO DE ACS

O curso trabalha com um único material didático que foi elaborado por docentes da escola, e utilizado como ferramenta de ensino/aprendizagem: o caderno do facilitador e o caderno do aluno.

Este estudo optou por analisar o caderno do facilitador no que diz respeito à temática da violência contra a mulher.

Ao analisar o material didático foi possível perceber que o tema proposto para a pesquisa está inserido no Eixo II – Unidade Temática 2, intitulado “Ações de Atenção à Saúde e Integralidade”. Como todos os eixos, este também é desenvolvido por meio de atividades de dispersão e concentração, sendo estas organizadas na forma de oficinas, seminários, mostras de experiências, etc.

Nesta unidade foi possível encontrar de maneira mais detalhada assuntos referentes a direitos, violência, sexualidade, gênero, raça e etnia; que apontam o desejo de potencializar e qualificar as ações de educação em saúde dos ACS junto aos usuários na ESF.

Observou-se que o conteúdo do material didático vem ao encontro do exposto na matriz pedagógica elaborada pelo MS, no que diz respeito ao conteúdo que deve abordar os marcos conceituais e a legislação referente à violência.

No caderno estão presentes além de atividades a serem desenvolvidas no período de concentração e dispersão, textos de apoio, que, conforme o que consta no próprio material, servem para enriquecer as reflexões e discussões em sala de aula e na prática, nas unidades de saúde, propiciando assim um processo de ensino-aprendizagem através do diálogo e da troca de saberes.

Segundo Alves(2004, p. 80), “um estudo de texto pode ser utilizado para os momentos de mobilização, de construção e de elaboração de síntese. A escolha de um material que seja acessível ao estudante, e ao mesmo tempo o desafio, é a condição de sucesso nesta estratégia”.

Foi possível identificar que dentro da Unidade Temática II, encontra-se somente um texto de apoio para trabalho em aula referente à violência doméstica, cujo título é “Dimensionando a Violência na Família”. Este foi retirado do caderno de atenção básica nº 8 – Violência Intrafamiliar, do Ministério da Saúde. O texto traz dados estatísticos sobre violência e cita alguns agravos à saúde causados às vítimas e seus filhos.

O primeiro contato com o assunto “Violência Contra a Mulher” se dá através da leitura da Lei Maria da Penha e trabalho em grupos, onde os ACS são instigados a relacionarem a prática na ESF com as discussões sobre o tema.

Em outro momento é trabalhado em aula o reconhecimento dos diferentes tipos de violência a que as pessoas estão expostas no cotidiano; a reflexão e compreensão das potencialidades e os limites da atuação dos ACS e dos serviços frente a situações de violências; a importância e a necessidade de desenvolver ações integradas com diversos serviços e instituições para responder adequadamente as situações de violência; sempre relacionando o conteúdo visto em aula com situações de violência vivenciadas no cotidiano do processo de trabalho dos ACS.

Há também a tarefa de dispersão, na qual os alunos devem escolher, descrever e sistematizar casos de violência, a partir das suas vivências como ACS, contemplando não só a violência contra a mulher, mas também contra a criança, o jovem e o idoso.

O período de concentração traz como objetivos a reflexão sobre as concepções de violência e a importância dessas concepções para a prática de atenção em saúde na ESF, a relação entre a violência intrafamiliar, a partir da leitura de textos e das situações vivenciadas pelos ACS, e a compreensão entre as relações violência, sexualidade e gênero.

Todas as atividades desenvolvidas no caderno têm como premissa o desencadeamento de um processo de ensino-aprendizagem pautado no diálogo e na troca de saberes entre os ACS, e destes com os facilitadores e supervisores possibilitando a construção compartilhada de aprendizagem e práticas comprometidas com o direito à saúde, à promoção da vida e à emancipação individual e coletiva. A técnica de ensino utilizada em aula é a aprendizagem teoria-prática, fazendo uso de aulas expositivo-dialogadas, vídeos, discussão de caso e trabalhos em grupo.

A forma como estão colocados os desenhos das aulas no material didático sugerem uma metodologia de ensino aprendizagem diversificada, que instiga os estudantes a um saber-fazer crítico, reflexivo, coerente com a realidade que vivenciam.

Segundo Alves(2004) as atividades de ensino-aprendizagem deverão atender às características do Projeto Político-pedagógico de um curso, podendo utilizar estratégias realizadas individual ou coletivamente, propostas para a sala de aula ou outros espaços onde oportunize a leitura da ação sobre a realidade, da qual o aluno como futuro profissional terá de dar conta. A aula expositiva dialogada é uma exposição do conteúdo a ser trabalhado, com a participação ativa do aluno cujo conhecimento prévio deve ser considerado e pode ser tomado como ponto de partida. Deve confrontar a realidade possibilitando a análise crítica e produção de novos conhecimentos.

No que se refere à estratégia de estudo de caso, a mesma desafia o aluno à análise

objetiva e minuciosa de uma situação real que necessita ser investigada, oportunizando a elaboração de um forte potencial de argumentação e construção de conhecimentos. O caso deve estar incluído no contexto de vivência do estudante, ou em parte de uma temática de estudo. (ALVES, 2004)

Referente ao trabalho em grupo, as estratégias grupais devem ser organizadas de forma que o planejamento seja compartilhado mutuamente com o aluno, levando em consideração que o que deve caracterizar o grupo não é a junção de alunos, maso desenvolvimento inter e intrapessoal e o estabelecimento de objetivos compartilhados. Participar de um grupo de estudos permite ao aluno a construção da autonomia, do autoconhecimento, o saber lidar com o diferente, a exposição e contraposição, o divergir, sintetizar e resumir, entre outras habilidades necessárias para o desempenho do papel profissional para o qual o aluno se prepara. (ALVES, 2004)

Analisando o que está proposto no plano do curso, e o que foi encontrado no material pedagógico, verifica-se que as etapas pedagógicas necessárias para o desenvolvimento do referido curso foram contempladas. Porém, nem o plano do curso nem o material pedagógico mencionam em seu conteúdo algumas questões fundamentais para a formação, como a intersectorialidade que envolve referência e contra-referência, o conceito de Rede de Atenção Integrada para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, e a Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências, que serve como instrumento de garantia de direitos e de proteção social, permitindo aos profissionais de saúde adotarem medidas de proteção às vítimas de violência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como a pesquisa envolve um tema de relevância social, no qual se faz necessário preparo profissional para lidar com o assunto, tanto no que diz respeito à violência, à ética, e às leis, durante o desenvolvimento teórico, embasado no referencial bibliográfico, verificou-se que é necessário que os profissionais de saúde, ao abordarem o problema violência doméstica, estabeleçam com cada mulher, vítima de violência, uma escuta responsável, exponham a ela as opções disponíveis em termos de acolhimento e intervenção (Delegacia de Defesa da Mulher, apoio jurídico, suporte psicológico, casa abrigo, Organizações não Governamentais etc.) e decidam, juntamente com ela, quais seriam as melhores estratégias para o seu caso, incluindo ativamente a mulher na responsabilidade pelo destino de sua vida.

Os profissionais de saúde, muitas vezes, supõem poder fazer muito pouco quando uma mulher revela ser vítima do abuso doméstico. No entanto, as palavras e as ações desses profissionais podem influenciar decisivamente na escolha do caminho que a mulher decide seguir. O ato de perguntar sobre a violência demonstra às mulheres que os profissionais de saúde a consideram um problema médico de grande importância e não culpam a paciente por tal violência. Mesmo se a mulher não revelar em sua primeira visita que sofre com a violência doméstica, só o fato de o profissional da saúde perguntar já mostra interesse pelo bem-estar da cliente e isto poderá estimulá-la a discutir o assunto posteriormente.

A invisibilidade do problema pelos profissionais da saúde é um fato, talvez determinado pela concepção restrita de saúde, onde o profissional valoriza apenas os sinais e sintomas evidentes.

Neste contexto, este estudo verificou a importância de uma formação profissional humanitária, integrada, que desenvolva capacidade crítica-reflexiva, trabalho em equipe e liderança nas ações em saúde, além da criação de condições objetivas para a incorporação dessa nova forma de agir, no sentido de garantir escuta e atenção qualificada para pessoas em situação de violência.

O ACS deve estar preparado para o perigo imediato, oferecer atendimento adequado, informando às mulheres vítimas de violência os seus direitos e encaminhá-las, se necessário, às redes de referência. Para isso é preciso que um plano de curso para ACS aborde temas mais específicos, e trabalhe com seus alunos as redes de referência e contra referência que fazem parte da estratégia de atendimento básico do SUS.

No geral, verificou-se que o Curso Técnico de ACS da EGHC, traz no seu Plano de Curso e no material didático, muito do que foi encontrado no referencial bibliográfico, estando de acordo com o estipulado pelas leis, no que diz respeito à formação de profissionais para a área da saúde, e necessidades de formação regulamentadas pelo SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.S. Efeitos devastadores. **Rev. UNIFEM**, 1999;1(1):12-3.

ALVES, Leonir Pessate; ANASTASIOU, Léa das Graças Camargo. **Processo de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville/SC: UNIVILLE, 2003.

BARROS, Daniela França de et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2010 jan./mar; 19(1): 78-84.

BRASIL. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004; **Portaria nº 1.829**, de 2 de setembro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação. Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/facilitadores>.

BRASIL. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Prevenção de violências e promoção da cultura da paz. Ministério da Saúde. Brasília/DF: Ed. MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de redes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ed. MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**. Matriz pedagógica para formação de redes. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Brasília/DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha entendendo o SUS**. Governo Federal. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 22 ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. **Lei nº 11.350**, de 5 de outubro de 2006; **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), Formação profissional técnica por itinerário, Saúde da Família. Política Nacional da Atenção Básica. Disponível em: www.saude.gov.br/dab. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. **Lei nº 11.340**, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Disponível em:

<http://www.sepm.gov.br/legislacao-1/lei-maria-da-penha/leimariadapenha-1.pdf>. Acesso em: set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília/DF, 2004.

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

BRASIL. Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres – Pesquisa de Opinião Pública Nacional Data Senado. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/lei-maria-da-penha/tabelas-divulgacaototal.pdf>. Acesso em: out. 2013.

BRASIL. Cidadania e Justiça – Movimento Feminista. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/02/feminismo-pela-igualdade-dos-direitos%20via%20>> Tweet por Portal Brasil publicado: 16/02/2012. Acesso em 24 fevereiro 2014.

CAVALCANTI, Stela Valéria Soares de Farias. **Violência doméstica contra a mulher no Brasil**. Análise da Lei “Maria da Penha”, nº 11.340/06. São Paulo: Podivm, 2010.

DADOS e fatos sobre violência contra as mulheres. Disponível em: http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1975. Acesso em: 29 set. 2013.

FALEIROS, Eva. **Violência de gênero**. Disponível em: http://cepib.org/_upimgs/arquivos/arq4d0bb47e08605.pdf#page=61. Acesso em: out. 2013.

FERNANDES, Eliene de Oliveira Jardim. **Violência doméstica**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Pública e Políticas em Gênero, Raça e Etnia, Universidade Federal de Ouro Preto, Araújo, 2012.

FERRAZ, Octávio Luiz M. De quem é o SUS? **Folha de São Paulo**. São Paulo, 20 dez. 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Bioética e informação**. 2004. Disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/bioinfo.htm>. Acesso em: dez. 2013.

GUIMARAES, Isac Pimentel et al. Uma análise dos projetos políticos-pedagógicos dos cursos de ciências contábeis das universidades públicas do estado da Bahia. **X Congresso Internacional-Galego Português de Psicopedagogia**. Braga, 2009.

MAIA, José Antônio. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena (Orgs.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. SOUZA, ÍvisEmilia de Oliveira. **Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano**. Disponível em: scielo.br. Acesso em: 29 set. 2013.

MONTEIRO, Maria Alcina Gomes de Sousa; PREVILATI, Fabiane Santana. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. **Revista Labor**, n.5, v.1, p. 141-163, 2011.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CORREA, Carlos Roberto da Silveira. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6):1304-1313, jun. 2008.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré; JORGE, Maria Salette Bessa. **Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental**. 2007. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/658. Acesso em: 27 set. 2013.

OMS. **Declaração de Alma Ata**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: jan. 2014.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde**. 2008. Disponível em: www.who.int/entity/whr/2008/whr08_pr.pdf. Acesso em: ago. 2013.

PEREIRA, Brasil Isabel; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação profissional em saúde**. Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PLANO do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – EGHC, 2010. **Caderno do facilitador: eixo II. Unidade 2. Ações de Atenção à Saúde e Integralidade**. Curso Técnico em Agentes Comunitários de Saúde. GHC. Porto Alegre: GHC, 2012.

ROCHA, Vera Maria; CENTURIÃO, Carla Haas. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Orgs.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. 2ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS, p.17-29, 2007.

SARTORI, Jerônimo. Educação bancária/educação problematizadora. In: STRECK, Danilo R; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009, p. 152-154.

SOUZA, Valéria Pinheiro. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. A Lei Maria da Penha: uma análise jurídica. Monografias Brasil Escola. Disponível em: <http://monografias.brasescola.com/direito/violencia-domestica-familiar-contra-mulher-lei-maria-.htm>. Acesso em: ago. 2013.

TROMBETTA, Sérgio; TROMBETTA, Luis Carlos. Ética. In: STRECK, Danilo R; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

VIOLÊNCIA contra a mulher. Disponível em:<http://www.portaldafamilia.org/artigos/artigo323.shtml>. Acesso em: 29 set. 2013.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012**. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, 2012. Disponível em:<http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf > Acesso em: 29 set. 2013.