



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Brasil

de Cássia Maciazeki-Gomes, Rita; Duarte de Souza, Carolina; Baggio, Lissandra; Wachs,  
Felipe

O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em  
saúde: possibilidades e desafios

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 5, mayo, 2016, pp. 1637-1646  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63045664029>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios

The work of the community health worker from the perspective of popular health education: possibilities and challenges

Rita de Cássia Maciazeki-Gomes <sup>1</sup>

Carolina Duarte de Souza <sup>2</sup>

Lissandra Baggio <sup>3</sup>

Felipe Wachs <sup>4</sup>

**Abstract** This article addresses the possibilities and challenges in the performance of the community health worker (CHW) from the perspective of the National Policy of Popular Health Education. It is based on the analysis of findings from a research-intervention carried out at a Family Health Center in a small city in the southern region of Brazil. The data analyzed was produced in meetings with the research team, in activities with the CHWs (individual interviews and workshops), and in feedback sessions with the team regarding the intervention. Among the results, the intertwined role of the CHW within the team was emphasized. In situating themselves between technical and popular forms of knowledge, the work of the CHW potentializes the actions of the Popular Health Education program, as it points to the need for training, agreement of the developed practices, and professional valorization. From these findings we were able to approach and understand the results in terms of the National Policy of Popular Health Education. Based on the analyses, we recommend the establishment of practices associated with the broader concept of health sustained in holistic teamwork that valorizes the knowledge/action of CHW and of the community, inspired in the guiding principles of PNEP-SUS.

**Key words** Health education, Community Health Workers, Health promotion, Primary care, Unified Health System

**Resumo** Este artigo discutiu as possibilidades e os desafios da atuação do agente comunitário de saúde (ACS) na perspectiva da Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Partiu da análise dos resultados de uma pesquisa-intervenção realizada junto a uma Unidade de Saúde da Família de uma cidade de pequeno porte da região do sul do Brasil. Os dados analisados foram produzidos em reuniões com a equipe, em atividades com ACS – entrevista individual e oficinas, e em processo de devolutiva da intervenção com equipe. Entre os resultados, o lugar entrelaçado ocupado pelo ACS na equipe apresentou destaque. Ao situar-se entre saberes técnicos e populares, o trabalho do ACS constitui-se como potencializador das ações de Educação Popular em Saúde, ao passo que aponta para a necessidade de capacitação, pactuação das práticas desenvolvidas e valorização profissional. A partir dessas constatações, produziu-se a aproximação e a compreensão dos resultados com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Com base nas análises produzidas, recomenda-se a instauração de práticas associadas ao conceito ampliado de saúde sustentadas em um trabalho integrado em equipe que valorize o saber/fazer do ACS e da comunidade inspiradas nos princípios orientadores da PNEP-SUS.

**Palavras-chave** Educação em saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Promoção de saúde, Atenção primária, Sistema Único de Saúde

<sup>1</sup> Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. R. Alfredo Allen, 4200-135 Porto Portugal. ritamaciazeki@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade Três de Maio. Três de Maio RS Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

## Introdução

O modelo de atenção à saúde implementado no Brasil durante as últimas duas décadas e meia tem apontado para a descentralização da assistência e investido no fortalecimento da Atenção Básica (AB). A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº 2488/2011<sup>1</sup>, determina como princípios e diretrizes para a AB: o exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios definidos compreendendo o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, em busca de uma atenção integral<sup>2</sup>. Para que estes princípios e diretrizes se materializem, a inserção das equipes de saúde e o cotidiano da assistência precisam respeitar a cultura do território e os saberes populares que dão sentido à forma como as pessoas vivenciam seu processo saúde-doença.

Não é sem motivo que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) toma por base o Programa de Agentes Comunitários de Saúde criado em 1991<sup>3</sup>. A ESF se apresenta como a estratégia prioritária para consolidação e ampliação da AB, ao estabelecer a organização da atuação em território, numa estreita relação entre equipe e usuários do sistema de saúde. Entre as características prioritárias do trabalho na AB estão as ações educativas que interferem no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e a busca por qualidade de vida pelos usuários<sup>2</sup>. O foco da produção em saúde, assim, volta-se para as diferenças e as singularidades das comunidades atendidas que exigem trabalho em equipe diferenciado.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde. Uma das potencialidades inerentes ao trabalho do ACS está na possibilidade de superação da dicotomia existente entre os saberes técnicos e os saberes da população, em direção a construção de discursos que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde<sup>4</sup>. Dessa forma, ele se destaca como agenciador de ações e práticas emancipadoras em saúde.

Segundo os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), em ju-

nho de 2015, o Brasil contava com 332.289 ACS credenciados pelo MS, perfazendo uma estimativa da população coberta de 128.804.351<sup>5</sup>.

O presente artigo é fruto de reflexões produzidas a partir da análise dos resultados de uma pesquisa-intervenção desenvolvida junto a uma unidade de saúde de um município de pequeno porte da região sul do Brasil. Dos resultados constituídos acerca das possibilidades e dos desafios da atuação do ACS disparados por essa pesquisa-intervenção, analisaremos aqui a potente aproximação das problemáticas do cotidiano de trabalho com os preceitos da Educação Popular em Saúde em direção à concretização de uma Saúde Coletiva de fato<sup>6</sup>.

### **Educação popular em saúde como uma estratégia de operacionalização do conceito ampliado em saúde**

A Educação Popular em Saúde (EPS), inspirada na Educação Popular criada por Paulo Freire, ao debruçar-se sobre questões relativas à saúde, considera: 1) as possibilidades concretas do contexto de vida dos sujeitos que facilitam/dificultam a ocorrência de transformações em seu modo de viver, e 2) que será necessário atuar sobre essas possibilidades, para que de fato as mudanças se concretizem<sup>7</sup>. O ato de educar, assim, acontece na identificação, discussão e intervenção de “questões sociais de determinada comunidade que atravessam as práticas e as concepções sociais de saúde/doença”<sup>6</sup>.

A EPS problematiza a naturalização de intervenções em saúde impositivas, transpassadas por uma moralidade, com vistas a transmitir saberes biomédicos considerados imprescindíveis para se ter saúde. A concepção ampliada de saúde se aproxima da EPS ao levar em conta o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e de cura. A produção em saúde acontece em meio à produção da vida, por isso o ponto de partida do processo educativo acontece com rodas de conversa, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular<sup>8</sup>.

A Política Nacional de Educação Popular, ancorada a princípios éticos potencializadores das relações humanas acionadas no ato de educar, orienta-se para o estabelecimento de processos educativos e de trabalho social emancipatório. Posiciona-se a favor da “promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida”, no intuito

de superar as “desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão”<sup>5</sup>.

A Portaria 2.761/2013 instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS). A PNEP-SUS, em seu Art. 3º apresenta os seguintes princípios orientadores: I – diálogo; II – amosidade; III - problematização; IV - construção compartilhada do conhecimento; V - emancipação; e VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular<sup>9</sup>.

Partindo desta contextualização, apresentamos reflexões sobre as possibilidades e os desafios do processo de trabalho do ACS em sua interface com os princípios orientadores da PNEP-SUS.

## Traçado do percurso metodológico

### A pesquisa-intervenção

As reflexões aqui tecidas estão associadas aos resultados de uma pesquisa-intervenção produzida a partir do acompanhamento dos processos de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família. A pesquisa-intervenção associa-se à modalidade das pesquisas participativas<sup>10,11</sup>. Ao sustentar-se no paradigma ético-estético, a pesquisa-intervenção caracteriza-se: por um processo de desnaturalização do objeto que visa conhecer e da dicotomia sujeito x objeto; recriação do campo de investigação; implicação do pesquisador na singularização das experiências acompanhadas e, assim, no compromisso social e político com a realidade com a qual se trabalha<sup>12</sup>. Estes pressupostos associam-se à premissa de que pesquisar é intervir<sup>11,12</sup> à medida que conhecimento e ação, em conjunto, produzem realidades outras, acionando novas perguntas e novas subjetividades<sup>12</sup>.

O grupo de pesquisa era composto por três psicólogas, docentes do Curso de Psicologia e duas estagiárias de psicologia. Com inspiração na análise institucional<sup>13</sup>, as pesquisadoras compuseram a análise da produção da demanda, a elaboração diagnóstica, o planejamento das intervenções e as reuniões de devolutiva e avaliações do trabalho realizado junto à equipe<sup>14</sup>.

A pesquisa aconteceu em uma ESF de um município de aproximadamente 25 mil habitantes da região sul do Brasil. A equipe da ESF era composta por um médico, uma dentista, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, oito ACSs, duas recepcionistas e uma auxiliar de limpeza. Temporariamente, faziam parte da equipe uma estagiária de enfermagem e duas de psicologia (integrantes da equipe de pesquisa).

A produção da demanda instaurou-se com movimentos dos membros da equipe da ESF, em especial dos ACSs. As questões vivenciadas no cotidiano da ESF eram endereçadas às estagiárias de psicologia em busca de espaços de escuta e reflexão sobre as práticas inerentes ao trabalho realizado.

O traçado de composição da pesquisa agenciou-se no contato e em combinações com a equipe do ESF. Inicialmente, a equipe de pesquisa reuniu-se com a chefia e depois com todos os membros da equipe do serviço para análise da demanda. A produção do diagnóstico e das estratégias de intervenção foram engendradas nos encontros com a equipe do ESF – na escuta das questões dos membros da equipe; no comprometimento ético-político das pesquisadoras – em prol da instauração de práticas produtoras de saúde<sup>15,16</sup>, ancoradas nos princípios da saúde coletiva<sup>6</sup>; e no exercitar de outras relações entre sujeito e objeto, teoria e prática – ao se afirmar o caráter intervencionista do conhecimento, “todo conhecer é um fazer”<sup>14</sup>. Entendendo que essas premissas produzem, mutuamente, pesquisador e pesquisado na aproximação com o campo, selando a indissociabilidade entre teoria e prática.

Para a composição das estratégias de intervenção levou-se em conta a produção de analisadores, ou seja, dos “acontecimentos, no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe”<sup>12</sup>. Entre os analisadores, as questões associadas ao trabalho do ACS ganharam destaque nas reuniões com a equipe. Situado *entre* o fora e o dentro do serviço de saúde, as questões envolvendo as atividades cotidianas do ACS revelaram-se complexas, à medida que traduziam concepções e modos de agir em saúde, presentes no processo de trabalho de toda equipe. A realização de um trabalho junto aos ACSs foi priorizada pela equipe na definição da proposta e no contrato de intervenção.

Sendo assim, os participantes das oficinas foram oito ACSs, com idades entre 24 a 51 anos, eram sete mulheres e um homem, que em sua maioria possuíam ensino médio completo e tinham, em média, cinco anos de atuação profissional. Para o delineamento e a operacionalização da intervenção foram realizadas entrevista e oficinas em grupo com os ACSs.

Primeiramente, cada ACS respondeu a uma entrevista semiestruturada que continha questões acerca de dados sociodemográficos, referentes à sua trajetória profissional como ACS e sua compreensão sobre a contextualização de seu trabalho na área da saúde. Esse material foi gravado e transscrito na íntegra. Posteriormente, ocorre-

ram cinco oficinas com todo grupo, com duração aproximada de uma hora e meia, registradas em diário de bordo.

No primeiro encontro foi realizado o contrato de grupo com o mapeamento das expectativas dos ACSs em relação às oficinas e das dificuldades encontradas em seu cotidiano de trabalho. A temática da segunda oficina escolhida pelos ACSs refletiu sobre as atribuições dos ACSs por meio de suas percepções e da Portaria Nº 1.886/1997, a qual especifica as atribuições de ACSs. No terceiro encontro os ACSs explanaram acerca de vivências carregadas de violência e sofrimento que os marcaram negativamente nas relações com a comunidade e com a equipe técnica. No quarto encontro se discutiu sobre a importância do trabalho em rede no enfrentamento dessas vivências transpassadas pela violência. Na oficina de fechamento foram discutidas todas as temáticas trabalhadas no processo de pesquisa-intervenção. Foi acordado e elaborado em conjunto com os ACSs o que seria apresentado como devolutiva do trabalho em reunião de equipe do ESF.

Nos encontros foram utilizadas técnicas variadas como: contação de histórias, rodas de conversa, dramatizações, entre outras, conectadas às discussões temáticas. A temática disparadora de cada uma das oficinas foi identificada na entrevista com os ACSs, na avaliação de cada oficina realizada e nas reuniões de equipe. A cada semana, nos encontros com o grupo de ACSs e em reuniões do grupo de pesquisa avaliava-se a intervenção planejada e executada, os resultados e a análise da implicação produzida<sup>14</sup> a fim de nortear o planejamento do próximo encontro.

Neste sentido, as situações cotidianas apresentadas pelos ACSs foram tomadas como acontecimentos sociais complexos determinados por uma heterogeneidade de fatores e de relações<sup>17</sup>. A leitura das questões enunciadas no cotidiano de trabalho na AB foi tomada sob uma perspectiva histórica e política. Assim, o desafio foi o de colocar em análise as implicações do grupo com as práticas produzidas<sup>17</sup>, de modo a promover movimentos instituintes às questões naturalizadas.

Os resultados produzidos com o grupo de ACS explicitaram: pouco tempo de capacitação inicial para o trabalho, dificuldades em conceituar concretamente suas práticas, desvalorização profissional, tanto por parte da equipe do ESF como da população; e dificuldades em separar em seu cotidiano o que é referente ao trabalho de ACS e a sua vida pessoal, como alguém pertencente à comunidade. Elementos estes que poderão gerar sofrimento psíquico no trabalhador<sup>18</sup>.

A produção e a análise dos dados foram engendradas durante a intervenção, denotando um processo de construção coletiva ancorado na realização das oficinas e na revisão da literatura sobre a temática abordada. A síntese das discussões e dos produtos elaborados nas oficinas com os ACSs foram compartilhados com toda a equipe, em busca de instaurar processos de autoanálise e autogestão no processo de trabalho da equipe da ESF.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos [CEPSH] da UNIJUÍ. A pesquisa atendeu à adequação de aspectos éticos de pesquisa conforme as resoluções nº 196/96 versão 2012, e nº 251 de cinco de agosto de 1997 do Ministério da Saúde e pela postura ética do profissional da Psicologia, atendendo as resoluções do Conselho Federal de Psicologia.

### **Pesquisa-intervenção como disparadora de reflexões sobre a EPS**

O trabalho realizado com os ACSs gerou inquietações à equipe de pesquisa. Dentre as quais algumas relacionadas com a PNEP-SUS. Portanto, para os fins deste artigo, nos focamos no resgate do material dos diários de bordo, de falas e cenas oriundas dessa pesquisa-intervenção que nos remeteram a indagações sobre as possibilidades e os desafios na prática profissional do ACS na perspectiva da EPS, com destaque para os princípios orientadores da PNEP-SUS. As reflexões por nós produzidas são apresentadas a seguir como resultado da mobilização frente a essas realidades.

### **A atuação do ACS na PNAP-SUS: (im)possibilidades e desafios**

A adesão e a participação dos ACSs nas atividades em grupo foi massiva, denotando a necessidade e a valorização de um espaço de fala e de escuta. Por sua vez, a sustentação do espaço das oficinas demandou momentos de problematização em equipe. Mesmo com o agendamento do dia e horário, houve a sobreposição de atividades que impediam a realização da oficina. Ao ser discutida a questão, em equipe, ficou explicitado o lugar profissional *entre(laçado)* ocupado pelo ACS: morador & trabalhador, saber popular & saber técnico.

Esse lugar, por vezes, espelhava a dificuldade da equipe em lidar com as peculiaridades do trabalho dos ACSs. Como morador e trabalhador da

área atendida, em alguns momentos, o ACS não era visto como um membro de “dentro” da equipe, pelos demais profissionais. Em comentários, de outros membros da equipe, seu lugar era remetido ao “andar na rua” ou ainda “correr rua”, associado à ideia de quem “ninguém sabe ao certo onde está” (registro do diário de bordo, nov./2011). Assim, mesmo com atravessamentos de outras questões, como a dificuldade do controle do horário de trabalho, o “fora” é seu lugar. Daí talvez, o estranhamento de toda equipe, e até dos ACSs, a ocupação de um espaço “dentro” com as oficinas. As problematizações e os tensionamentos produzidos pelo lugar *entre(laçado)* constituiu-se como um analisador no trabalho com ACSs.

A integração com a equipe, para além de uma visão “equipe e ACSs”, pode ser relacionada aos princípios orientadores da PNEP-SUS. Em destaque, está a dificuldade de operacionalizar o *compromisso com a construção do projeto democrático e popular*, no que se refere à “reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa”<sup>9</sup>. Para isso, exercendo a composição de práticas em saúde “tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados”<sup>9</sup>. A não abertura de espaços por parte da equipe do ESF contribui para que o ACS não se sinta como alguém da equipe, percebendo seu fazer como desqualificado, logo despotencializado.

Como um profissional que integra a equipe de saúde, o ACS apresenta condições de promover uma atenção diferenciada, no que se refere à saúde das pessoas ao realizar visitas domiciliares e utilizar uma linguagem acessível. Está entre os profissionais de saúde, no cotidiano de trabalho, capazes de estabelecer relações de *diálogo e de amorosidade*<sup>9</sup> para com a população. Ao tecer relações de empatia e reciprocidade, com “a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade”<sup>9</sup> cabe ao ACS lugar de mediador das ações em saúde. Ao assumir o papel de mediação e articulação entre equipe de saúde e comunidade, o ACS se constitui um elemento nuclear das ações em saúde<sup>19-22</sup>.

No cotidiano de trabalho da ESF estudada, o acompanhamento do ACS envolve ações técnicas ligadas a orientações em saúde, que são transpassadas por uma rede de afetos e proximidade constituída pelo vínculo estabelecido<sup>23</sup>, como visto na fala a seguir:

*...eu acompanhei a mãe desde a gestação e hoje eu vejo que elas me consideram. Quando eu chego nas casas elas ficam alegres e eu me sinto bem com elas. É tipo como se a gente fosse da família realmente. Eu gosto mesmo dessas crianças. A gente acompanha que nem como se fosse filho, né?... Que a gente viu desde a gestação e hoje eles tão indo tudo na aula já. (ACS L)*

A proximidade das relações e dos afetos estabelecidos associam-se à abertura ao *diálogo* e à composição de práticas de *amorosidade* junto com o outro – dois dos seis princípios orientadores da PNEP-SUS<sup>9</sup>. Constatada-se nas elaborações dos ACS, que essas experiências de trocas com as famílias atendidas, mescladas por diferentes saberes, tanto da família, como do ACS, contribuem para o desenvolvimento integral das crianças<sup>24</sup> nesta comunidade.

Observa-se, porém, que a visão da comunidade sobre as funções exercidas no cotidiano de trabalho pelo ACS, está, muitas vezes, associada à aferição de sinais e sintomas, ligada a uma compreensão biomédica de saúde. Demanda esta que fortalece a dimensão de trabalho dos ACSs como diversa, tendo suas atribuições ainda arraigadas a uma compreensão curativa, como alertado por Borstein et al.<sup>8</sup> e relatado por uma ACS:

*As técnicas podiam ensinar a gente a medir a pressão porque muita gente pede pra gente fazê isso [...] quando faz a VD [visita domiciliar] já pode fazê isso. Mas a gente não pode e procura explicá isso pra eles, mas nem todo mundo entende. (ACS L.)*

Ao associar-se, de modo prioritário, a uma compreensão biomédica de saúde, o ACS não visualiza a efetividade de seus encontros com a população, senão por meio de aparelhos médicos, associando-os a situações de frustrações em seu trabalho. Dessa forma, as demandas da população e as atribuições reais delegadas à prática de trabalho, são apontadas como dificuldades para a organização e a realização das atividades dos ACS<sup>25</sup>, como expressado nos trechos que seguem:

*Talvez a gente poderia ser melhor usado, né? Bastante pessoas reclamam porque que a gente não pode usar um aparelho de pressão, ou alguma coisa assim, que já seria alguma coisa...útil, mais útil pra eles também... (ACS M.)*

*Claro que muitas vezes o pessoal pede pra gente fazer um trabalho técnico, né? Claro que não é da função, mas isso seria até uma boa, se a gente tivesse uma preparação técnica. (ACS L.)*

Mesmo tendo presente quais seriam suas atribuições, o fato de não possuir *uma preparação técnica* como os demais profissionais da ESF

é visto pelo ACS como uma falha, ao mesmo tempo em que acredita que se realizasse ações *concretas* estaria sendo *mais útil* à população<sup>25</sup>. A desvalorização das ações em saúde desempenhadas pelos ACSs ocasiona uma despotencialização das ações de promoção e prevenção em saúde. O contraponto aciona o princípio da PNEP-SUS que remete a *problematização*<sup>9</sup>, de modo que caberia às equipes de saúde e aos demais profissionais fomentarem relações dialógicas na proposição da construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade. O reconhecimento e o fortalecimento das ações realizadas pelos ACSs como nucleares das ações em saúde<sup>21</sup> tornam-se fundamentais para a efetivação de práticas pautadas na EPS.

Neste sentido, a discussão passa, necessariamente, pela apropriação de toda equipe do conceito ampliado de saúde, e da composição de práticas que valorizem saberes em saúde ligados ao território e ao contexto de vida das pessoas e da comunidade como um todo. As ações em saúde, na perspectiva da EPS, são pensadas para além de uma forma verticalizada, pautando-se em práticas que contemplem mais do que uma saúde *para* o povo e possam pensá-la na composição *com* o povo<sup>6</sup>. Assumindo, de modo coletivo, um projeto de *construção compartilhada do conhecimento*, de acordo com os princípios orientadores da PNEP-SUS<sup>9</sup>.

O entendimento dos condicionantes para a equalização de uma vida saudável é associado às questões ligadas a fatores como alimentação saudável, diminuição de estresse, realização de atividade física e presença da espiritualidade, como apontado na ampliação do conceito de saúde proposto por Czeresnia e Freitas<sup>15</sup>. As falas que seguem ilustram essas concepções:

*Saúde tem que ser uma assim... a pessoa se senta bem em todos os sentidos. Ela tem que têm... harmonia dentro de casa né... têm paz... tem que eu acho que espiritualidade é o essencial. [...] onde não tem crença... a gente vê que lá... é uma destruição né... a saúde não é só... medicamento... é todo processo de bem-estar da família né... que às vezes a família... alguém da família tá doente, mas em si a família tá bem né... (ACS L.)*

*Não se estressando, tendo uma vida normal né, na medida do possível. (ACS G.)*

*Pra mim é o bem-estar das pessoas, eles terem uma atividade física, uma alimentação saudável... (ACS R.)*

Os ACSs revelaram um entendimento apurado do conceito ampliado de saúde, que ultrapassa o foco somente na doença e de intervenções

que priorizam unicamente a via medicamentosa<sup>16</sup>. Partindo desses entendimentos de saúde, pode-se pensar que estes ACSs, em suas práticas cotidianas são capazes de refletir e compor junto com a população diálogos<sup>9</sup> e práticas em saúde que se direcionem para a desconstrução de um conceito de saúde que se limite ao saber biomédico e a uma perspectiva curativa. E a partir daí, possam promover práticas emancipatórias<sup>9</sup> junto à população na corresponsabilização, no que se refere ao processo saúde-doença-cuidado.

Ao passo que a compreensão e a produção de ações em saúde associadas ao conceito ampliado de saúde foram consideradas um avanço, a integração com a equipe e o suporte na realização de um trabalho em conjunto foi uma das dificuldades elencadas pelos ACSs. A falta de momentos de trocas em equipe, que possibilitassem a discussão e a instrumentalização do trabalho, para que de fato pudessem compor com a população<sup>8</sup> resoluções aos problemas de saúde que agreguem e fomentem a troca de conhecimentos, foi apontada como uma das dificuldades para exercício profissional. Não se trata de um movimento verticalizado de imposição desses saberes, mas de enriquecimento das possibilidades de enfrentamento das situações vivenciadas pela população.

*Tem famílias que tem problemas com os filhos adolescentes... não sabem explicá muitas coisas sobre a sexualidade e vem perguntá pra mim. Eu falei algumas coisas, mas a gente tinha que trabalhá alguns temas na equipe, assim como já se fazia quando a outra enfermeira ainda tava aqui. E depois reuni o pessoal pra falá, explicá muitas coisas. (ACS M.)*

*A gente tem que sabê fazê de tudo, até ensiná uma moça que casô a têm relação com o marido. E pra ele a gente tinha que dizer que tinha que têm paciência e sê carinhoso. Se a gente fosse preparado pra isso ia sê melhor. (ACS M.)*

*Eu tô todos os dias lá... vejo a fisionomia da pessoa, já enxergo né e daí quando eu vejo que é mesmo doença, eu já peço pra pessoa procurar um médico, a gente já toma providências e se precisar, a gente vê, às vezes que tem que fazer até um trabalho de psicologia (risos) (ACS L.)*

*... desde ouvir eles, eles desabafarem. Orientar sobre alimentação ou outras coisas, conferir cartão de vacina... Eles comentam de tudo (ACS R.)*

Diante da diversidade de demandas associadas ao trabalho do ACS, o respaldo a partir do acolhimento, da escuta e do suporte da equipe é fundamental para a efetivação de ações em saúde que contemplem o *compromisso com a construção de um projeto democrático e popular*<sup>9</sup>. Para atender a esses pedidos, faz-se necessário um tempo

maior para ouvir as pessoas e suas demandas, que só podem ser acessados a partir da convivência, do estabelecimento de relações de confiança e de vínculos. Para isso, a concretização do objetivo geral da PNEP-SUS de implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde<sup>9</sup> coloca-se como um desafio a ser trilhado. Sem apoio da equipe de saúde o ACS se percebe sem saber como utilizar o conhecimento/recursos da comunidade, a boa relação estabelecida com o usuário acaba sendo prejudicada. A população, em muitos casos, passa a ser vista não como participante, protagonista de seu processo saúde-doença-cuidado, mas como poliqueiosa, insatisfeita e resistente diante da promoção e prevenção da saúde preferindo a medicação e o assistencialismo.

*Olha, a gente tenta, que nem quando a gente faz grupo de saúde, sempre tenta fazer algo novo pro pessoal. Lê, pesquisa, busca uma dinâmica, para trazer o povo pra participar dos grupos de saúde porque a gente quer que o povo participe, porque não é só aqui vim na unidade e suga, suga, suga e não participa nas coisas extras (ACS C.)*

Estas atividades, contudo, são dificultadas também pelo grande número de famílias atendidas para o cumprimento das metas pré-estabelecidos, como na fala de uma participante:

*Eu tô com 285 famílias né? Impossível, não tem como..., mas eu tô feliz. (ACS L)*

Na visão dos ACSs eles recebem pouco acompanhamento e auxílio da rede de atendimento do município, bem como da própria equipe de trabalho. A escassez do uso de tecnologia móvel para o registro, a comunicação com a equipe e a informatização dos dados que confeririam uma otimização do processo do acompanhamento das famílias compõe o quadro de dificuldades no processo de trabalho<sup>26</sup>. Esse afastamento acaba fragilizando características importantes das atribuições ligadas a EPS, apontadas por Bornstein et al.<sup>8</sup>, como a de assumirem uma posição de liderança na comunidade, a capacidade de se comunicar com as pessoas e estimular a responsabilidade dos usuários. Quando provocados a sugerirem melhorias no trabalho da ESF observa-se um sentimento de impotência e insegurança, ilustrados nos trechos que seguem:

*Acho que a gente tem que ter uma palavra única. O fato de todo mundo falar uma mesma linguagem, no caso todo mundo trabalhar a mesma coisa, isso não é carregar o outro nas costas... eu só não sou a pessoa bem certa pra falá isso (ACS M)*

*Qualificando a gente, primeiramente seria isso, né? Colocando até mais profissionais e diminuindo as nossas áreas, diminuindo a nossa população a gente pode dá mais atenção pra aqueles que ficam (ACS M)*

### Considerações finais

Algumas pistas de como enfrentar as situações -problema, os próprios ACSs já indicam, cabe a todos os profissionais da AB assumir o compromisso com a construção do projeto democrático e popular no trabalho em saúde.

As intervenções<sup>27</sup> realizadas deram visibilidade a processos em construção, permeados por questionamentos, encontros e desencontros agenciados no cotidiano de trabalho do ACS. As relações estabelecidas no *entrelaçado*, equipe e comunidade, a singularidade e a especificidade de seu conhecimento são elementos dinamizadores do processo de EPS. Nesse sentido, o ACS pode ser visto como um sujeito nuclear das ações da AB, um “potencializador de cidadãos”, ao instaurar diálogos, relações de *amorosidade, problematização e emancipação* na proximidade com as pessoas, na *construção de forma compartilhada o conhecimento*<sup>9</sup>, utilizando e valorizando os recursos existentes, reduzindo distâncias ao levar informações ao cotidiano das pessoas, permitindo a livre expressão e a valorização do sujeito na construção de sua realidade. Neste sentido, contribuindo para o *compromisso com a construção do projeto democrático e popular*<sup>9</sup>.

Se, apontamos avanços no processo educativo em saúde, influenciado pela busca da universalidade, equidade e integralidade, vemos que ainda é preciso romper com conceitos arraigados da herança biomédica, que fragmentam e verticalizam os processos de trabalho. Cram-se separações nas relações dentro das equipes de trabalho e com os usuários, pois o conhecimento está colocado, em algumas vezes, em um único saber/lugar e os equívocos são acentuados pela falta de capacitação. Esse é um dos desafios colocados no trabalho em equipe junto ao ACS.

Ao se depararem no cotidiano com situações diferenciadas e particularidades subjetivas, os ACSs precisam de um suporte efetivo da equipe e dos gestores, para evitar a fragilização de suas ações ou, por outro lado, como defesa da cristalização/endurecimento. Apesar do reconhecimento da importância desse trabalhador, ainda se investe pouco na sua qualificação. Há pouca inserção e escuta do ACS na equipe, havendo pouco

reconhecimento de sua participação, consequentemente há uma diminuição do seu processo crítico e de comprometimento com a prática de liderança na comunidade, de modo geral.

A qualificação do trabalho, na perspectiva da educação permanente, e o apoio da equipe de saúde, em relação às atribuições, foram pontos levantados como importantes para a potencialização da atuação do ACS, assim como por Vascconcelos<sup>28</sup>. Em alguns casos, o sentimento de não pertencimento à equipe de saúde e a visão de ser alguém da comunidade fortalecem a priorização de ações ligadas aos saberes técnicos em detrimento a saberes populares, despotencializando, assim, o papel do ACS como sujeito da EPS.

Nas Equipes de Saúde, o ACS é o profissional que ocupa o lugar de destaque na atuação em saúde na perspectiva da Educação Popular. Como alguém que faz parte da comunidade, o ACS conhece e vivencia as demandas trazidas pelos moradores, já como integrante da equipe de saúde, nem sempre tem seu espaço reconhecido e legitimado pelos demais profissionais da ESF em que atua<sup>23,29</sup>. A EPS, por sua vez, legitima o lugar do ACS nas equipes de saúde, e mais, reconhece seu protagonismo.

Na perspectiva da EPS, ao ACS cabe a função de acompanhar as famílias de sua comunidade, ofertando informações, intervindo em processos educativos, possibilitando o acesso até a unidade de saúde, realizando ações de pequena complexidade, viabilizando a entrada do profissional na casa das pessoas, entre outras. Também lhes é atribuído o papel de incentivo à participação comunitária e ao desenvolvimento da organização local<sup>8</sup>.

O ACS, sob este enfoque passa a ser visto, potencialmente, como educador à medida que suas ações se voltam para a promoção de ações de educação em saúde. A efetivação do trabalho do

ACS como educador aponta dois desafios a serem enfrentados no cotidiano da AB: a apropriação e a instauração de práticas associadas ao conceito ampliado de saúde, bem como o trabalho integrado de toda Equipe de Saúde, nesta perspectiva. Assim a formação dos profissionais em saúde pautada pelos princípios da Educação Popular, como método, se torna fundamental<sup>30</sup>.

Para possíveis mudanças neste contexto, entende-se como fundamentais a implementação dos princípios orientadores preconizados pela PNEP-SUS e o reconhecimento do lugar ocupado pelo ACS. Bem como, das potencialidades para a constituição de relações mais próximas aos usuários do SUS para que se possa estabelecer práticas ligadas a um conceito ampliado de saúde e o fortalecimento de um modelo de atenção que privilegie estratégias de promoção e prevenção. Assim, pautam-se como necessários: 1) estratégias de educação permanente em saúde associadas à EPS que valorizem os conhecimentos locais e culturais, que possibilitem um olhar transformador para a comunidade de modo a garantir a construção coletiva de uma saúde de qualidade para todos, baseada na participação popular. 2) o fomento e a discussão sobre o processo de trabalho entre os diferentes sujeitos envolvidos na produção em saúde – profissionais, gestores e usuários.

O desafio da AB está em fomentar relações horizontais ancoradas em princípios éticos, em que a medida que se ensina também se aprende, e nesta relação de trocas imersas a vida e a produção de saúde acontecem. E concordar com Gomes e Merhy<sup>30</sup>, em que o maior desafio de todos está o deixar a educação em saúde de ser mais uma oferta pontual dos serviços, para ser algo “entrelaçado” às suas práticas, construindo efetivamente a participação popular no cotidiano dos serviços de saúde.

## Colaboradores

RC Maciazeki-Gomes participou da elaboração do projeto, pesquisa de campo, análise dos dados, redação e revisão do artigo. CD Souza participou da pesquisa de campo, análise dos dados, redação e revisão do artigo. L Baggio participou da pesquisa de campo, análise dos dados e redação do artigo. F Wachs participou da revisão do artigo.

## Agradecimentos

As autoras agradecem as contribuições de Dinalva Raquel Schwerz, Gianni Mayer, Liane Beatris Roedel, Luciele Huber e Dilvana Juchem que integraram a equipe da pesquisa.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
3. Girade HA. Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: MS; 2010. p. 20-25.
4. Pinto RM, Silva SB, Soriano R. Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. *Soc Sci Med* 2012; 74(6):940-947.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Educação em Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde*. Brasília: MS; 2012.
6. Simão CRP, Zurba MC, Nunes ASB. Educação Popular em Saúde: o círculo de cultura como ferramenta de promoção de participação popular no SUS. In: Zurba MC, organizadora. *Psicologia e Saúde Coletiva*. Florianópolis: Tribo da Ilha; 2011. p. 75-102.
7. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
8. Bornstein VJ, Lopes MR, David HML. Educação popular na formação do agente comunitário de saúde. In: *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 151-156
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 19 nov.
10. Maciazeki-Gomes RC. Pesquisa e intervenção: Traços de um caminho em composição. In: Borges JL, Winter L, Souza D, organizadores. *Pesquisa em Psicologia: Pressupostos Teóricos e Metodológicos*. Três de Maio: Ed. Setrem; 2013.
11. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009.
12. Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estud. pesqui. psicol.* 2010; 10(1):85-102
13. Passos E, Barros RB. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia Teoria e Pesquisa* 2000; 16(1):71-79.
14. Barembli G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari; 2002.
15. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
16. Zurba MC. Contribuições da Psicologia Social para o Psicólogo na Saúde Coletiva. *Psicologia & Sociedade* 2011; 23(n. esp.):5-11.
17. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia Ciência e Profissão* 2003; 23(4):64-73.

18. Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em agentes comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4719-4726.
19. Stotz E, David H, Borstein V. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev APS* 2009; 12(4):487-497.
20. Costa S, Carvalho E. Agente Comunitário de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2931-2940.
21. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):2147-2156.
22. Roman LA, Raffo JE, Meghea CI. Maternal Perceptions of Help from Home Visits by Nurse-Community Health Worker Teams. *Am J Public Health* 2012; 102(4):643-645.
23. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):259-268.
24. Afulani PA, Awoonor-Williams JK, Opoku EC, Asunka J. Using community health workers in community-based growth promotion: what stakeholders think. *Health Educ Res* 2012; 27(6):1005-1017.
25. Maciazeki-Gomes RC, Baggio L, Souza CD, Mayer GVL, Schwerz DR, Roedel LBT, Huber LC. Agentes comunitários de saúde: trabalho real x trabalho ideal. In: *Anais do III Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde*; 2012; Santa Maria. p. 370-381.
26. Braun R, Catalani C, Wimbush J, Israelski D. Community Health Workers and Mobile Technology: A Systematic Review of the Literature. *PLoS ONE* 2013; 8(6):e65772.
27. Sade C, Barros LMR, Melo JJM, Passos E. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):2813-2824.
28. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis* 2004; 14(1):67-83.
29. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1509-1520.
30. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saude Publica* 2011; 27(Supl. 1):7-18.

---

Artigo apresentado em 27/11/2014

Aprovado em 24/11/2015

Versão final apresentada em 26/11/2015