

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SALESIANO DE SÃO PAULO**

**GALDINO AVELINO CRUZ**

**EDUCAÇÃO SOCIOCOMUNITÁRIA E O AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE SÃO PAULO – SP**

**UNISAL  
AMERICANA – SP**

**2014**

**GALDINO AVELINO CRUZ**

**EDUCAÇÃO SOCIOCOMUNITÁRIA E O AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE DE SÃO PAULO – SP**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Salesiano de São Paulo - UNISAL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação do Prof. Dr. Renato Kraide Soffner

**UNISAL  
AMERICANA – SP**

**2014**

## Ficha catalográfica

Cruz, Galdino Avelino.

C961e Educação sociocomunitária e o agente comunitário de saúde/  
Galdino Avelino Cruz – Americana: Centro Universitário Salesiano  
de São Paulo, 2014.  
58 f.

Dissertação (Mestrado em Educação). UNISAL/SP.

Orientador: Renato Kraide Soffner.

Inclui bibliografia.

1.Educação em saúde. 2.Educação sociocomunitária.  
3. Agente comunitário de saúde – Brasil. I. Título.

CDD 370.193

Galdino Avelino Cruz

Educação Sociocomunitária e o Agente Comunitário de Saúde de São Paulo –SP

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Salesiano de São Paulo - UNISAL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação do Prof. Dr. Renato Kraide Soffner

Dissertação apresentada e aprovada em 28 de agosto de 2014 pela Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Renato Kraide Soffner (orientador) - UNISAL

---

Profa. Dra. Fabiana Rodrigues Sousa de Sante - UNISAL

---

Profa. Dra. Deise Becker Kirsch - PNPd – CAPES - Membro Externo

AMERICANA – SP

2014

Dedico este trabalho ao Meu Senhor, por se mostrar sempre Presente, Bondoso e Fiel em todos os momentos da minha vida, me dar força, esperança quando mais precisei e me oportunizar a graça de viver para poder servir.

À minha família por todo o amor, empenho, dedicação e confiança; pelo ambiente seguro e aconchego. Ao pequeno Davi, obrigado pela sua chegada. Por serem os mais importantes, dedico minha vida, esforços e este trabalho. Palavras nunca serão suficientes. Obrigado!

A todos os Mestres que contribuíram de alguma maneira para a realização deste trabalho, promovendo novas possibilidades que me permitiram desvendar em novos horizontes. Minha gratidão!

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Prof. Dr. Renato Kraide Soffner

Agradeço pelo acolhimento, pela direção e toda segurança que transmite aos seus alunos, muito obrigado!

À Profa. Deise Kirsch

Agradeço pelas palavras de incentivo, toda atenção e disponibilidade que concedeu para a construção deste trabalho.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que participaram do estudo e se dispuseram a compartilhar suas experiências. Obrigado!

Eu tenho um sonho que um dia todo vale será exaltado, e todas as colinas e montanhas virão abaixo, os lugares ásperos serão aplainados e os lugares tortuosos serão endireitados e a glória do Senhor será revelada e toda a carne estará junta.

Martin Luther King Jr.

## RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem sido motivo para diversos estudos em diferentes abordagens, introduzido no contexto profissional da saúde como integrante na equipe de Estratégia de Saúde da Família, tem atuado junto às comunidades recebendo e transmitindo conhecimentos que possibilitam bons resultados na saúde da família. Trata-se de trabalho realizado em bairro da zona oeste da cidade de São Paulo, capital com cinco Agentes Comunitárias de Saúde, trabalhadoras há mais de um ano em Unidade Mista de Saúde, onde atuam junto à comunidade na Estratégia Saúde da Família ESF. Utilizado como instrumento, questionário respondido voluntariamente no ambiente de trabalho, sendo posteriormente realizada análise crítico-reflexiva. O Agente Comunitário de Saúde em seu contato com a comunidade tem sido solidário e acolhedor, promovendo um ambiente confiável, onde a troca de conhecimento contribui ao crescimento de ambos, dando possibilidade à equipe de saúde uma atuação mais efetiva nas questões da educação em saúde, tendo a presença da educação sócio comunitária como elemento transformador tanto no acompanhamento do tratamento como em atitudes de prevenção. O ACS tem sido importante nesse processo por receber um rápido treinamento em educação em saúde e concomitantemente, pertencer à comunidade à qual assiste. Essa condição o coloca em posição privilegiada que, em tese, é o elo entre a equipe de saúde e a população atendida, estreitando o contato, tendo maior facilidade na utilização da educação sociocomunitária, funcionando como agente multiplicador, integrando o discurso científico com o saber popular.

**Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Educação Sócio comunitária. Educação em saúde.**



## **ABSTRACT**

Community Health Agents (CHA) have been the object of several studies with different approaches, and this professional was introduced to the health professional context, integrating the Family Health Strategy, thus acting on the communities by receiving and transmitting knowledge that not only produce good results, but also promote a flow of communication between social-community life and Health Basic Care services.

This dissertation refers to work accomplished at a Mixed Health Unit in a district in the East End of the City of São Paulo, Brazil, with the support of a Community Health Agent, that is, it refers to his work and his approach to the community, also how the social-community educational presence was established as a transforming element not only as to the follow-up on the treatment proposed, but also to the prevention attitudes.

The referred to Community Health Agent has been important to this process, so quick training on health has been offered to this professional, and he has also been valued due to the fact that he belongs to the community attended by him. That is a privileged condition for, in thesis, this professional has made a link between the health team and the attended population due to the good results of the accomplished work because of the health public policies as well as of his educational approach focused on social-community education.

Knowing the actions that trigger the practice of social-community education in this environment allows for the improvement of this sector as well as of other ones, by potentializing the CHA and his instruments as a multiplier agent for the factors that integrate the scientific discourse connected with the popular knowledge.

**Key-words: Community Health Agent. Social-Community Education. Health Education.**

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AB** - Atenção Básica

**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**CEPAL** – Comissão Econômica Para a América Latina e Caribe

**ESF** - Estratégia de Saúde da Família

**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica e Social

**IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PDCI** – Programa de Desenvolvimento Sócio comunitário

**PSF** - Programa Saúde da Família

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidades Básicas de Saúde

**UM** – Unidade Mista

**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 – Distribuição dos questionários.....	17
--	----

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1- REFORMA DEMOCRÁTICA PARA UMA REFORMA SANITÁRIA.....	20
2- A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	23
3- O AGENTE COMUNITÁRIO DA SAÚDE.....	28
4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	33
5 EDUCAÇÃO SOCIOCOMUNITÁRIA.....	36
RESULTADOS.....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	47
REFERÊNCIAS .....	51
ANEXOS .....	56

## INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo uma exigência que este profissional seja oriundo especificamente da comunidade onde trabalha, passa a contribuir com a equipe de saúde local, tendo a seu favor a facilidade de trânsito, comunicação e aceitação em seu meio, trabalha como integrador entre o planejamento, a realização dos programas governamentais de saúde e seu encaminhamento na comunidade, podendo oferecer com maior desenvoltura e credibilidade os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

Na qualidade de conhecedor do ambiente cultural, equipamentos sociais, seus atores e necessidades locais. O Agente Comunitário de Saúde aborda o usuário com o conhecimento adquirido junto aos profissionais de saúde e aqueles originários em sua educação sociocomunitária, adquirem e transferem informações prioritárias, criando resultados locais e regionais que superam os modelos tradicionais em saúde até então praticados. Conhecer o envolvimento deste profissional em sua prática diária poderá trazer dados importantes para compor o aprimoramento das equipes de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como, o surgimento de novas possibilidades para construção de modelos opcionais ao treinamento corporativo e educação em saúde.

PINTO e FRACOLI (2010) descreveram sobre a incorporação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro da equipe de saúde e o despertar de interesse da comunidade científica, notaram que a publicação bibliográfica sobre o ACS é recente, pouco abordada em dissertações e teses, sendo os objetivos mais frequentes relacionados à sua caracterização e função. Estudar este profissional nas diversas modalidades da visão acadêmica poderá trazer fatores que contribuam tanto ao setor de saúde como outras áreas de conhecimento.

A presente dissertação tem como objetivo discutir a presença da educação sociocomunitária em ações de saúde desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a construção de processos educativos para a Saúde na Atenção Primária, tendo por base as concepções de Paulo Freire que valorizam o saber na presença do outro, em conteúdo adquirido pelo indivíduo na experiência da vida comunitária. “Já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”. (FREIRE.1996, p.74)

Uma experiência própria do Agente Comunitário de Saúde que ao ser recebido como integrante da equipe de saúde, trouxe consigo experiências que vem atribuindo melhorias no intercâmbio entre a equipe de saúde e a comunidade sob seus cuidados, interferindo

positivamente nos resultados em saúde e neste contexto tornou-se elemento impar ao contribuir com seu trabalho em função da comunidade. Desde sua implantação no setor de saúde, atua como profissional integrante da equipe, como objeto de interesse em estudo acadêmico, busca-se determinar a importância do Agente Comunitário de Saúde no contexto da educação sociocomunitária, propor reflexões que envolvem o papel do ACS em contextos comunitários, como facilitador de mudanças e de promoção da cidadania. Identificar a contribuição do mesmo como educador comunitário, identificar junto a Estratégia de Saúde da Família (ESF), quais as ações que o caracterizam como educador em saúde e identificar possíveis métodos utilizados pelo agente comunitário de saúde para promover ações educativas no programa.

Numa visão que privilegia a experiência cultural como determinante na evolução da compreensão de mundo ao seu redor. Ao basear-se na experiência adquirida através da linguagem onde os indivíduos criam, recriam, integram-se em seu contexto, respondem aos desafios, e dominam sua história, seu conhecimento e sua vida. Uma generosa integração que recria novas as raízes de sua identidade.

Cultura popular, portanto é sinônimo de "conscientização", ou seja, de tomada de consciência da realidade nacional para transformá-la e criar novas formas de relações sociais e políticas; significa consciência de direitos, possibilidade de criar novos direitos e capacidade de defendê-los contra o autoritarismo, a violência (simbólica ou não) e o arbítrio. (GADOTTI,1991,p.1)

Para GIMENO (1998), “o ensino é colocado como atividade que desperta em todos nós uma série de imagens bastante comuns, ao encontrar um enraizado na linguagem e na vida diária deixando de ser apenas objeto de especialistas ou de professores/as”.

A elaboração deste trabalho justifica-se pela necessária discussão crítico-reflexiva das ações dos profissionais de saúde, especificamente, os Agentes Comunitários de Saúde que atuam junto à comunidade no Programa de Saúde da Família (ESF).

Espera-se ser de fundamental importância buscar o entendimento dos conceitos que fundamentam as ações educativas dos ACS em suas atividades diárias, tendo possíveis correlações com a educação para saúde comunitária e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde ao contribuir no alcance das comunidades envolvidas e as questões de saúde.

Historicamente, a idéia que apóia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a idéia essencial de

elo entre a comunidade e o sistema de saúde. (SILVA e DALMASO, 2002, p.77).

Atribuo o interesse pelo tema por atuar em ações voluntárias desde 1996 em trabalhos que buscam desenvolvimento sociocomunitário, percorrendo regiões com comunidades carentes e de risco social no nordeste do Brasil especificamente nos Estados de Pernambuco e Paraíba.

Tendo recebido o convite para conhecer o trabalho desenvolvido pelos Embaixadores Médicos Internacional (EMI) atuantes na Nicarágua, entidade americana sem fins lucrativos trabalhando em países do Caribe há mais de 20 anos, fui participar de um treinamento realizado pelos EMI na República Dominicana e Haiti em agosto de 2012.

Em junho de 2013 participando em nova oportunidade de ação social promovida pela mesma instituição, me juntei à equipe que estava atuando em Kibera, considerada na época como a maior favela do mundo, situada em Nairóbi no Quênia. A experiência observada nestes países me trouxe um despertar para a ação do Agente Comunitário de Saúde e a educação sociocomunitária, embora tenha me envolvido em curto período de tempo, tornou-se suficiente para provocar os seguintes questionamentos:

- 1) Como esses agentes conseguem mudar conceitos e crenças da população, que impedem ou atrapalham os cuidados em saúde?
- 2) Com baixos salários ou atividades voluntárias, qual seria sua motivação?
- 3) Atuando em condições hostis, enfrentando instabilidades políticas, religiosas, infraestrutura debilitada ou inexistente, muitas vezes diante do caos como o ocorrido no terremoto no Haiti em 2010, como podem interagir com a população local diante de tantos contrastes?
- 4) Por que no Brasil, a prática de um modelo tradicional da educação em saúde não consegue atingir em totalidade estes conceitos e crenças que dificultam a promoção da saúde?
- 5) Por que no Brasil não obtemos um bom resultado no controle de algumas doenças, sendo alguns casos persistentes e emergentes em nossas comunidades durante décadas?

Tendo experiência ao aplicar o conhecimento técnico do enfermeiro em cursos de graduação e atividades sociais na prática do desenvolvimento sócio-comunitário, tenho vivenciado que as transformações esperadas só poderão ocorrer com mudanças no processo ensino aprendido, valorização de outras formas de saber, que fogem ao sistema tradicional de ensino em saúde, promovendo uma educação sócio-comunitária libertadora que desperte o interesse pelo auto cuidado tanto nas áreas sociais como saúde comunitária.

Tive oportunidade de aprender com estes profissionais, Agentes Comunitários de Saúde, também encontrados no Brasil, que atuavam de maneira simples, levando o indivíduo

comum ao conhecimento do seu corpo, ambiente em que vive, conjuntamente com os riscos e causas que interferem no processo saúde doença. Seguem positivamente alcançando resultados que trazem notoriedade nos países citados e em especial na Estratégia Saúde da Família brasileira antes conhecida como Programa Saúde da Família (PSF).

Sendo o Serviço de Saúde responsável pelo desenvolvimento, treinamento e preparação de mão de obra para o setor, este ao utilizar as técnicas tradicionais aplicadas na educação em saúde, os especialistas envolvidos transferem um ensino, que em sua proposta, venha contribuir na resolução dos agravos em saúde. Um esforço que ainda permite a existência de resistências e lacunas que minam a qualidade e seus resultados junto ao público alvo, fator participante como resultado do desconhecimento daquilo que o conhecimento sociocomunitário pode ter como elemento de contribuição na atuação da equipe, no trabalho em saúde. Trabalhar um ensino que impõe modelos com teores unilaterais detém toda condução do processo ensino aprendizagem, ocultando o surgimento de participação e novas abordagens vindas da comunidade onde o ACS conhece com naturalidade.

Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior do educando. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da Educação Popular. A valorização do saber e valores do educando permitem que ele se sinta “em casa” e mantenha sua iniciativa. Neste sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais (VASCONCELOS, 2004, p 71).

Temos o Agente Comunitário de Saúde como novo integrante no setor de saúde, emergente da comunidade em que atua, sendo exigida uma educação formal básica, veio contribuir como elemento agregador da importância cultural e o saber da comunidade, tendo na sua identificação local, capacidade de ouvir e ser ouvido, fazendo parte dos problemas e sugestões da localidade.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo ACS, a educação em saúde pode ser considerada como uma das pedras angulares da promoção em saúde. A educação é um instrumento fundamental na saúde quando se constitui em ação política que busca a participação popular como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir seus próprios destinos (individuais e/ou coletivos), por meio de uma participação consciente (ação/reflexão/ação), na qual os sujeitos constroem sua própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor. (PEREIRA.2012, p 9)



O ACS tendo uma prática que destaca o direito do cidadão aos serviços de saúde e origina resultados que descortinam novas possibilidades ao avanço do conhecimento neste campo de abordagem e no cuidado em saúde junto a populações, dentro de uma diversificação e oportunidades que podem conduzir numa metodologia com conhecimentos que integrem um país com dimensões transcontinentais como o Brasil.

Trata-se de profissional integrante em equipe de ESF, tem uma filosofia e ações de trabalho integradas com a comunidade, com uma proposta inovadora sobre as relações estabelecidas na assistência à saúde, o Agente Comunitário de Saúde desempenha um papel imprescindível devido ao seu duplo vínculo: ele faz parte da equipe, recebendo o treinamento técnico no qual o habilita a trabalhar como profissional na equipe de saúde, concomitantemente, pertence à comunidade à qual assiste. Essa condição o coloca em posição privilegiada que, em tese, é o elo entre a equipe de saúde e a população atendida, estreitando o contato, funcionando como agente multiplicador.e integrando o discurso científico com o saber popular, promovendo uma abordagem diferenciada do setor de saúde na comunidade. Evidenciar essas ações poderá ser fator contribuinte no trabalho e desenvolvimento sociocomunitário.

Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade. (...) É ser o elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde. O agente comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade (BRASIL, 1991, p.5)

Dentre outras funções, seu trabalho vem provocando uma junção que agrega a atuação sociocomunitária com ações de promoção em saúde, atitudes estas amparadas e incentivadas historicamente nas Conferências Internacionais de Saúde que originaram a Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses e Declaração do México. BRASIL (2002).

Diante de tais argumentos surgiu a seguinte questão norteadora:

Qual é a importância do agente comunitário de saúde do ponto de vista da educação sociocomunitária?

Buscou-se a realização de pesquisa entre Agentes Comunitários de Saúde, atuantes em unidade de Estratégia de Saúde da Família situada na zona oeste da cidade de São Paulo – SP,

Acreditamos que este estudo contribuirá também para o ensino, a pesquisa e a extensão, uma vez que poderá subsidiar a realização de outros trabalhos em questões no alcance e desenvolvimento sociocomunitário.

### **Metodologia:**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa na qual os sujeitos são Agentes Comunitários de Saúde atuantes em Unidade de Saúde da Família em bairro da zona oeste da cidade de São Paulo – SP.

Tratando de uma participação voluntária, houve o enfrentamento de algumas dificuldades práticas na entrega, participação e retorno efetivo dos questionários entregues aos participantes.

Quadro 01: Distribuição dos questionários

<b>DISTRIBUIÇÃO DE QUESTIONÁRIOS</b>		
<b>CONTROLE</b>	<b>QUANTIDADE EMITIDA</b>	<b>QUANTIDADE DEVOLVIDA</b>
A	10	0
B	12	1
C	12	10*
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>11</b>

\*Utilizado cinco questionários

Inicialmente foram produzidos 10 questionários numerados de A1/A10, foram entregues na área inicialmente programada, sendo ajustado com os profissionais participantes que seriam retirados em dois dias úteis. Os formulários não foram respondidos em tempo hábil, sendo então, solicitado pelo grupo, a não participação nessa ocasião, as fichas foram devolvidas incompletas no dia 03/06/2014 sendo posteriormente anuladas

Buscou-se um segundo grupo dentro mesma região na cidade de São Paulo, com 12 questionários numerados de B1/B12, sendo tratado com os profissionais participantes que os questionários seriam retirados após dois dias úteis, na data combinada houve a retirada de um questionário preenchido, desta vez houve a justificativa que o setor se encontrava em fase de troca da Organização Social (OS), responsável pelo local, e estavam preocupados com a continuidade do trabalho.

Recebendo esta negativa, foi direcionada a pesquisa para outra unidade, ainda na região programada inicialmente, sendo emitidos outros doze questionários numerados em

C1/C12.e entregues à equipe de ACS desta unidade. Após dois dias úteis, foram retirados dez questionários preenchidos.

Foram entregues no total trinta e quatro questionários, tendo o retorno de onze questionários respondidos completamente, dentre eles um referente à unidade que recebeu a numeração B1/B12 e dez daqueles que receberam a numeração C1/C12. Após produção destes últimos, foram separados como determinantes em amostra aleatória, cinco questionários para uso na pesquisa.

O questionário foi previamente formulado e analisado entre o autor e orientador da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram Agentes Comunitários de Saúde que atuavam em uma Unidade Mista, situada em bairro da zona oeste de São Paulo há pelo menos um ano.

Estes profissionais fazem parte de uma equipe de ESF sendo responsáveis por uma área adstrita com 1.416 famílias.

Os participantes foram solicitados ao preenchimento do questionário, no horário de retorno à unidade de Estratégia de Saúde da Família. Escolheu-se o período da tarde por chegarem das atividades externas à unidade obtendo-se assim, maior número de Agentes Comunitários de Saúde presentes no setor.

A busca e coleta de dados foram realizadas entre maio e junho de 2014, sendo solicitada uma contribuição voluntária como exigência ao participante da pesquisa, assinatura de autorização de participação com uso de termo de conhecimento livre e esclarecido, carta contendo explicação dos objetivos da pesquisa, citação de nenhum envolvimento financeiro pela participação e o comprometimento do autor junto ao sigilo na identidade dos participantes.

O uso do questionário, em questões de cunho empírico, apresenta uma técnica que serve para coletar as informações da realidade, tanto de realidades profissionais, quanto do mercado que o cerca, e que servem de base para trabalhos acadêmicos em diversos níveis de pesquisa, escolhido como instrumento facilitador na busca e registro de dados, para uma posterior análise qualitativa nos conteúdos encontrados.

CAMPOS, (2004) descreve como método utilizado em análise qualitativa devendo proporcionar um olhar multifacetado sobre a realidade dos dados levantados em determinado período previamente estabelecido, considerando a pluralidade da fonte em seus significados, atribuindo também aos produtores dos dados, seu caráter polissêmico em abordagem naturalística.

Para MINAYO, (2002, apud LAKATOS, 2007), a pesquisa qualitativa “responde a questões particulares”. Em Ciências Sociais, preocupando-se com “um nível de realidade que não pode ser quantificado”, a autora afirma que a análise trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser mensurados à operacionalização de variáveis’

## **1. REFORMA DEMOCRÁTICA PARA UMA REFORMA SANITÁRIA:**

O movimento da Reforma Sanitária tem sua origem no meio acadêmico e segundo PEREIRA e OLIVEIRA (2013) e SILVA (1996), ocorreu no início da década de 70, como forma de oposição técnica e política ao regime militar instalado neste período, recebendo apoio de outros setores da sociedade e pela política oposicionista, então, o partido Movimento Democrático Nacional (MDB), sendo favorecidos pela intensificação de uma transição democrática onde foram criadas condições sociais que permitiram a proposta da Reforma Sanitária.

Este movimento cresce recebendo apoio de outros setores da sociedade recebendo apoio de movimentos de moradores das grandes cidades, médicos, professores, estudantes universitários e funcionários do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência social (INAMPS), instituição que detinha a gestão e o atendimento médico da maior parte da população, adquirindo serviços contratados ou realizados diretamente em suas unidades próprias, modo de gestão que favoreceu a medicina de grupo e a empresa médica progressivamente, chegando a substituir progressivamente os órgãos próprios como departamentos médicos das empresas contratantes.

Cresce o apoio do movimento da Reforma Sanitária, tendo um cenário para diversas formas de manifestação nos anos seguintes, onde são realizados encontros sobre condições de saúde da população, debates com experiências da medicina comunitária, condições de saneamento e saúde, encontro popular de saúde, dentre outros. Evolutivamente vai existindo uma maior capacidade de compreensão por parte das classes profissionais da saúde, comunidades de base, paróquias, sindicatos e usuários do sistema de saúde, que o processo saúde-doença possui relação direta com as políticas sociais e condições de vida da população.

Um trajeto que contribui ao movimento de redemocratização do país, tendo seu marco histórico na 8ª Conferência Nacional de Saúde aberta em 17 de março de 1986 pelo Presidente José Sarney, sendo este, o primeiro presidente civil após ditadura militar, um momento histórico na sociedade brasileira que preparava as bases que desencadearam a reforma constituinte

O Brasil em 1988 determinou em sua constituição que saúde é um direito de todos e dever do Estado, tendo seu acesso como universal e igualitário. Cria-se no país o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ainda necessário seu desenvolvimento e organização para conduzir uma descentralização dos serviços atuantes durante as décadas anteriores.

Modificando-se a proposta para atuação em cada esfera do governo, busca-se a participação da comunidade e atendimento universal, integral, equitativo ao paciente com

priorização nas atividades preventivas, sem interrupção das atividades assistenciais existentes até aquela data. São anos onde o país passa por importantes mudanças, com sua população diante de uma reforma democrática emergente que prossegue alcançando diversos setores.

A população passava por momento único e organizava-se na busca por um país democrático, busca de direitos e a aprovação daqueles que detinham o poder para volta definitiva dos militares aos quartéis.

“A partir de 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde...” Um Movimento social abrangente, obteve uma sociedade mobilizada a partir de suas bases, cujo necessário envolvimento no setor de saúde trouxe a participação de departamentos de medicina preventiva da Universidade de São Paulo, Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Um movimento que se consolidaria na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cuja comissão organizadora foi presidida por Sérgio Arouca uma das principais lideranças do movimento sanitário.  
(LUZ, 1991, p. 84).

Erigir fatores que apontavam a doença como socialmente determinada na comunidade, torna-se forma ascendente entre os envolvidos com o movimento. Um movimento que abordava os mais diversos níveis de atuação em saúde, assim como, suas dificuldades e entraves na saúde de uma população marcada por doenças acompanhadas por décadas e ainda apresentavam resultados ínfimos junto a mecanismos de proteção populacional. Propunha-se desse modo novas formas na promoção da saúde, reconhecimento de modelos propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e programas em andamento fora do país. As exigências por mudanças nos vários âmbitos da sociedade promove um marco no sistema de saúde com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que preservando estruturas assistenciais, trouxe iminentes preocupações na hierarquização do sistema, considerando o nível primário de atenção à saúde (atenção básica e primária), hoje vistas na Estratégia de Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Fazendo parte das conquistas alcançadas por este movimento, sendo estabelecido em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que prossegue com as diretrizes básicas propostas pelo SUS descentralizando os serviços no âmbito Federal, Estadual e Municipal, criando caminhos de acesso na participação da comunidade, quando objetiva-se o paciente na busca pelo atendimento integral, mudando-se o foco do tratamento com olhar específico da saúde e não da doença, antigo foco marcado pela setorização e especialidade no atendimento.

MARSIGLIA, et al, (2008). destacam “A Atenção Primária se desenvolveu basicamente através de dois grandes modelos teóricos: o modelo da Programação em Saúde ou Atenção Programática, nos anos 70, e o modelo do Programa de Saúde da Família, nos anos 90”.

## 2 A Estratégia de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil, com objetivos específicos em solidificar e aprimorar as doutrinas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), levando maior atenção nos serviços de saúde com atenção primária, em sua fase inicial enfrenta dificuldades regionais frente as questões geográficas, atração de profissionais às equipes de trabalho e políticas em seu primeiro período de implantação. Quando é percebido o verdadeiro teor do programa, ocorre uma queda paulatina das resistências entre políticos, profissionais e usuários, desenvolvendo-se, este modelo como importante eixo aos serviços de atenção básica, tendo como objeto de trabalho a família dentro de todas as diferenças regionais que ela possui.

Nesta nova proposta, prossegue ganhando forças em momento histórico de confrontação entre um enfoque no modelo que privilegiava o atendimento hospitalar na medicina curativa, tratamento medicamentoso e tecnológico em detrimento ao atendimento primário de saúde, tornando distanciada a solução em saúde para grande parte da população, pela falta de acesso aos recursos disponibilizados.

O Programa Saúde da Família chega como proposta para trabalhar a saúde com uma nova proposta, tendo um olhar para a família e seu ambiente como nova maneira de abordagem e alcance, atendendo o usuário, sua família, tendo o local de moradia do usuário como o foco onde deve ser observado e serem obtidos os dados e conceitos necessários que promovam as intervenções que possam impedir, tratar ou amenizar a doença e seus agravos.

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. (ROSA e LABATE, 2005, p. 1027).

O Programa de Saúde da Família demonstrou alcance e efetividade em breve período de tempo. Iniciando por regiões distantes e carentes do serviço de saúde, promovendo resultados junto a população, inclusive proporcionando melhorias no âmbito materno infantil em algumas regiões. NEGRI (2000) refere que “promover a saúde, trabalhando na prevenção da doença, é a melhor maneira de reduzir a demanda por hospitais. Os números e a melhor qualidade de vida da população assistida demonstram o acerto dessa estratégia”.



Negri, Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, ressalta alguns dados alcançados, como a redução da mortalidade em menores de um ano, que entre 1989 e 1998, caiu de 50,9 para 36,1 por 1000 nascidos vivos, ou seja: uma queda de 29,1% em 9 anos. NEGRI (2000),

Iniciar um programa dessa abrangência necessitou uma relevância nas ações e ênfase do Ministério da Saúde com a priorização da Atenção Básica de Saúde, tendo em andamento uma revisão e orientação das práticas em saúde por anos estabelecidos, para ações em saúde que atuem de maneira integral, holística e contínua, que possam ter alcance na família o mais próximo possível do lugar onde vive e promover uma mudança com melhoria contínua na qualidade de vida deste conjunto de usuários.

Tendo como princípios básicos do SUS, a universalização, descentralização, integralidade, equidade e a participação da comunidade, proporcionando a aproximação e acesso dos usuários aos serviços, levando até o cidadão seu direito em saúde.

O PSF é apresentado como uma estratégia que visa à reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e hospitalocêntrico, por um modelo cujas principais características são o enfoque sobre a família a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação; a adscrição de clientela através da definição de território de abrangência da equipe; estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população em vez da ênfase na demanda espontânea; e a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde. (BORNSTEIN,2008. p. 260)

Com o desenvolvimento do Programa Saúde da Família, tornou-se necessário uma maior integração entre as três esferas de governo, trabalhadores da saúde, usuários do sistema de saúde e a participação da sociedade, ocorrendo alteração na proposta do PSF antes proposto como programa, sendo algo dirigido, indicado e planejado distante das questões operacionais, para uma política de saúde que exige participação dos atores citados, criando-se uma nova possibilidade onde todos possam compartilhar responsabilidades, o Programa Saúde da Família passa-se a chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como estratégia ocorre um aumento na flexibilidade e resolução de questões apresentadas em regiões geográficas e sociais tão diversificadas como ocorre no Brasil, sendo elaborado um ambiente propenso na continuidade do trabalho com a família, tendo uma participação regional com propostas que ajudam nas resoluções práticas dos pares que convivem com as questões a serem resolvidas em cada região de acesso, tendo na troca de experiências dos casos bem sucedidos ou mesmo conflitantes, dos interesses oriundos desta relação, como um potencial ao aprimoramento de todos.

Inicia-se uma Estratégia Saúde da Família exigida pelo dinamismo necessário em resposta pontual as equipes que trabalham em universos tão diferentes, dentro de um país com as dimensões continentais e vasto ambiente econômico, sócio-cultural como o Brasil, na estratégia passa-se a valorizar as correções sugeridas pelos executores e usuários do programa desde as cidades mais organizadas até unidades em locais distantes de um governo central e de difícil acesso.

Esta nova proposta de atendimento se perpetua criando-se a formação de vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais e a população assistida, num território onde a equipe estiver responsável pelo atendimento. Um território previamente determinado onde se desenvolve uma forma de acesso para identificar as questões em saúde precocemente, transitar mais efetivamente na resolução dos problemas, atendimento e encaminhamento mais rápido, acompanhamento no aparecimento de agravos a saúde com entrega da proposta de tratamento dos indivíduos e famílias da comunidade.

Ocorre no Brasil a chegada de um novo modelo em saúde, aonde a Estratégia Saúde da Família vem sendo desenvolvida como nova alternativa na gestão pública de saúde, com novo enfoque para velhos problemas, sendo necessária uma nova roupagem com ações capazes de modificar paradigmas e expectativas criadas tanto entre profissionais de saúde, como nos usuários do sistema marginalizados nas décadas anteriores.

Dentro das necessidades existentes, houve uma nova limitação na quantidade de usuários atendidos por equipe de trabalho na região adstrita de cada unidade na ESF, em 10 de outubro de 2013, sendo promulgado pela portaria Nº 2.355, que indicou alteração no cálculo necessário para estabelecimento do número de equipes por região sendo: População/2000, uma definição importante na elaboração do planejamento e desenvolvimento de ações pertinentes a capacidade laboral de cada equipe facilitando o planejamento de ações e resultados.(BRASIL, 2013)

Sendo um dos fatores prioritários na Estratégia de Saúde da Família a definição clara do território e das *pessoas* sob responsabilidade de cada equipe, essa distribuição geográfica favorece o vínculo da equipe com a população atendida, o que é fundamental para o bom resultado da estratégia de atendimento.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), a territorialização assegura o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve transformar positivamente, as condições de saúde da população adstrita. Para tal, as equipes de saúde devem realizar o cadastramento prévio das famílias por meio de visitas domiciliares.

O cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares às residências, em sua área de abrangência. As informações adquiridas no cadastramento, aliadas com outras fontes de informação, tornam o local conhecido em sua realidade, conjuntamente com a população assistida, tornando-se notório os problemas de saúde existentes na localidade que podem ou não estar relacionado com seu modo de viver.

PIOLA et. al (2009) relatam no trabalho Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde ( SUS ), elaborado entre convênio CEPAL/IPEA onde descrevem na medida que temos um acesso maior da população as medidas de proteção ao impacto das doenças transmissíveis, resultantes do processo de desenvolvimento socioeconômico e do aumento da eficácia das ações de saúde pública, cresce novo campo de observação sobre mortalidade e morbidade causadas pelas doenças crônico-degenerativas, sobretudo o câncer e as cardiovasculares, bem como o trauma decorrente das diversas formas de violência em nossa sociedade. O autor nos alerta para situações onde ainda temos que lidar com doenças plenamente previsíveis e evitáveis, e também estar preparado aos novos fatores e outras doenças que ocorrerão naqueles que superaram as questões em saúde primária.

A Estratégia de Saúde da Família tem viabilizado o acesso do usuário aos serviços de saúde proporcionados pelo SUS, realizando busca ativa dos problemas de saúde na comunidade, tendo uma ação imediata, realizando intervenções no processo saúde-doença, visando à cura ou atenuando o problema encontrado.

Tendo como importante ator desse processo a pessoa do Agente comunitário de Saúde (ACS), um novo trabalhador que se integra a equipe de saúde, elemento aderido às equipes de trabalho sem as exigências de uma educação formal, necessária e exigida aos demais trabalhadores de saúde. Buscou-se um trabalhador impar, integrado à comunidade e aos seus problemas, para exercer sua atividade na mesma comunidade que reside, buscando-se o aproveitamento de todo conhecimento que possui do ambiente sociocultural, da amizade e empatia com aqueles que fazem parte da sua área de atendimento em prol de maior efetividade no monitoramento dos programas propostos na comunidade e na educação em saúde.

A ESF é identificada como importante modelo de trabalho na assistência à saúde:

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta, e

nele intervindo de forma apropriada.( LEAL, MONTEIRO e BARBOSA, 2004, apud SOUZA, 2000)

É necessário uma integração entre trabalhador e comunidade para que a equipe de ESF esteja desenvolvendo funções na localidade, contribuições ao mapeamento local, levantamento de cada equipamento social existente como escolas, associações comunitárias, ONG's, atuando com planejamento de ações, busca ativa de usuários, cadastramento e introdução do usuário ao Sistema Único de Saúde, acompanhamento de famílias na área adstrita, acolhimento, marcação de consultas, ações individuais ou coletivas de ensino em saúde, medidas para prevenção de doenças, encaminhamento a consultas odontológicas, medicas e enfermagem, agendamento de procedimentos médicos e de enfermagem, dispensação de medicamentos, treinamento da equipe de trabalho diante do programa oficial oferecido e atuação direta em peculiaridades levantadas na região do atendimento.

Nas atribuições impostas ao Agente Comunitário de Saúde na estratégia de Saúde da Família, busca-se obter uma integração entre os profissionais de saúde e a família sob sua responsabilidade no território em atendimento, reforça-se um importante paralelo entre estes dois universos, o saber popular e o saber acadêmico, sendo o integrador desses distintos ambientes a figura do ACS. A equipe o recebe valorizando seu envolvimento sócio comunitário, capacidade de percepção do ambiente, as necessidades locais e empatia com os moradores locais, sem requerer ou exigência de certificação formal.

### 3. O Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde foi oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, recebendo seu reconhecimento como profissão pela Lei 10.507 de 2002 exclusivamente para o ambiente do SUS. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) buscando alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades, distante dos ambientes acadêmicos e da educação formal. (BRASIL,2002)

O agente comunitário de saúde desenvolve um papel importantíssimo no acolhimento, já que sendo membro da equipe faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos com maior facilidade, propiciando o contato direto com a equipe. Muitas vezes gerando certa expectativa do usuário por saber que esse ACS faz parte da comunidade, tem um endereço conhecido e é co-participante dos problemas da comunidade.

Historicamente, a idéia que apóia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparecem em várias partes do mundo, ou seja, a idéia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Mais recentemente, no PSF, eles foram incluídos em equipes de trabalho que contam com um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, com proposta de atuação para a unidade básica, o domicílio e a comunidade. Entretanto, se por um lado, a definição das atribuições tem sido um dos resultados mais efetivos das negociações locais, segundo as suas realidades, os seus contextos, os seus agentes, por outro lado, a partir de uma recuperação histórica analítica desse sujeito, de sua inserção, do seu trabalho - ações e interações - consegue-se apreender as principais idéias e conceitos subjacentes à proposição de agentes de saúde em cada um dos momentos e contextos históricos (SILVA e DALMASO, 2002,p. 1)

Um cenário onde o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha um papel de mediador social, sendo considerado um trabalhador de vital importância para eficácia da Estratégia de Saúde da Família estabelecendo o vínculo como medida de amparo entre a equipe de ESF e a comunidade, esta integração requer tempo, habilidades, empatia, conhecimento da área, organização do serviço com uma pronta resposta e incentivo na busca da autonomia do usuário, existindo também o fato de atribuições específicas para cada integrante da equipe no exercício de suas atividades profissionais direcionadas ao atendimento na unidade de trabalho e no domicilio do usuário, de modo integral, contínuo, buscando a qualidade, procurando levar respostas às necessidades da população no território sob seus

cuidados, intervenção nos riscos ambientais nos quais a família está exposta e de maneira humanizada, contribuir para uma democratização do conhecimento sobre o adoecer, assim como, seus direitos sociais e a organização dos serviços de saúde disponíveis, promovendo um empoderamento da comunidade para um uso salutar do controle social nas questões locais de saúde.

As atribuições destinadas ao ACS são determinadas em orientações governamentais que legislam a profissão, ficando habitualmente aos cuidados da equipe o treinamento inicial e educação continuada deste profissional diante das necessidades levantadas pelos profissionais, quando transmitem as orientações necessárias à comunidade dentro de um parecer acadêmico tendo esse ACS como elemento de condução.

Temos SILVA e DALMASO (2002) afirmando estas colocações quando nos diz que o Agente Comunitário de Saúde, além do treinamento inicial, um pouco mais abrangente, participa (quando ocorrem) de discussões temáticas conduzidas por médicos, enfermeiros no nível local ou regional nos espaços de educação continuada.

A análise das formas como conhecimentos e práticas biomédicos são transmitidos à comunidade pelos ACS, passa necessariamente pelo entendimento do significado que uma intermediação de um agente proveniente das classes populares que assume na comunicação de saberes desenvolvidos em um universo técnico científico específico, com aspectos fortemente influenciados por práticas presentes em outra classe social. Trata-se de explorar o conceito de “tradutor” (GEERTZ, 1983; NUNES et al, 2002.p. 4)

NOGUEIRA e RAMOS (2000) identificam, no trabalho do ACS, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos. Essas dimensões expressam, possivelmente, os pólos político e técnico da estratégia, acima referida. Este é o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial em saúde. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana.

SILVA (2001) identificou que o ACS não dispõe de instrumentos de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Há saberes de empréstimo para o pólo técnico, não os há para a dimensão considerada como mais política, nem há propostas ou trabalho consistente do “agir comunicativo”.

SILVA e DALMASIO (2002) descrevem que o ensino recebido pelos profissionais de saúde deixam necessidades no trajeto profissional, enfrentam situações que ainda não são dominadas pela ciência na vida do cidadão.

O saber científico que orienta a medicina e as áreas correlatas, ao ser aplicado a situações concretas desdobra-se em saber operante, uma vez que deve dar conta de outras necessidades não recobertas pela ciência, como os valores, as condições de vida, as relações afetivas (SILVA e DALMASO, 2002 apud MENDES-GONÇALVES, 1994).

Estes profissionais encontram-se em campo de trabalho e em especial na vida comunitária, buscando conduzir a saúde do indivíduo em situações difíceis de administrar.

O agente comunitário integra-se a equipe de saúde como elemento oriundo do povo e do saber popular, criando uma nova expectativa para si, o público usuário e a equipe de trabalho que lhe fornece novas modalidades de conhecimento.

A riqueza da atuação do agente comunitário de saúde na mediação de saberes se dá justamente por sua origem e inserção na comunidade onde atua e, ao mesmo tempo, por sua participação profissional no serviço de saúde; isto lhe possibilita o acesso ao saber popular e também ao tecnocientífico. (BORNSTEIN, 2007.p 44).

No trabalho do ACS, este se integra ao usuário no realizar de ações e interações participativas, ocorre uma série de situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado nem instrumentos adequados de trabalho e gerência, que compreendam desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. Resultados que se distanciam de modelos que não valorizam a interdisciplinaridade e o saber adquirido fora de padrões curriculares. O ACS se enxerga como educador, executante de outras tarefas e o “olheiro” da equipe de saúde,

Quando se considera o plano objetivo do Programa, o agente se vê como educador para a saúde, organizador de acesso (cadastrador e orientador do uso de serviços) e “olheiro” da equipe na captação de necessidade, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para intervenção da equipe (SILVA e DALMOSO, 2012 apud SILVA, 2001).

Muitos são os desafios no exercício profissional do ACS ao personificar as políticas públicas de saúde com aderência nos programas de saúde levados até os lugares mais longínquos deste país, sendo necessárias inúmeras adaptações em sua operação e, por conseqüência, nos processos e metodologias de preparação de pessoal.

Temos que considerar a amplitude das finalidades da Estratégia, agregando aspectos não apenas baseados em formas de atuação distintas, mas muitas vezes conflitantes e antagônicas. Como exemplo disso a compreensão de uma parte significativa dos problemas, a partir de sua vertente mais individual e biológica, ou mais coletiva e social; ou, em outros termos, uma vertente mais de vigilância a situações de risco e assistência a doenças mais prevalentes na área de atuação ou aquela da promoção da saúde e da qualidade de vida. Além da questão, há uma exigência pela jornada de trabalho exigida a cada profissional da equipe em suas diferentes atividades laborais, ponto que deveria produzir uma dedicação exclusiva por parte dos profissionais nem sempre encontrada em sua prática.

Sendo um campo recente de atuação, o conhecimento e a prática não estão sedimentados; de outro, para se produzir resultados, há necessidade de articular ações para além do campo da assistência à saúde, tecendo-se a rede das ações intersetoriais. (TEIXEIRA e PAIM, 2000. p.4)

Promove-se neste profissional ACS uma sinergia que o impulsiona a oferecer condições ao cuidado da família, agregando melhor efetividade ao contexto disponível ao usuário pelo sistema de saúde. SILVA (1984) relata o fortalecimento do compromisso e a solidariedade do ACS, do instrumental adequado e necessário para lidar com os problemas do grupo. Tendo nesse compromisso com a comunidade onde ele é integrante, que ora atua como orientador de algo proposto, ora como receptor da proposta oferecida ao morador, sendo também participante das dificuldades locais e consumidor nos resultados do trabalho realizados pela Estratégia de Saúde da Família em sua comunidade.

O ACS é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce frente aos moradores locais. A ação do ACS favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência doméstica, relação com minorias, uso de drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc. (Brasil 2009)

Dentre as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde, duas merecem uma atenção imediata quando se discute a formação desses profissionais. A primeira, afirma que os ACS devem: “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e a segunda, salienta que eles devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (BRASIL, 1998).



Em proposta de dupla via temos o ACS indo à comunidade com conhecimento embasado nos programas sociais, divulgando o desenvolvimento, conservação da saúde, suas formas de controle, monitora o ambiente, o usuário local e ao voltar retroalimenta a equipe com novas informações, necessidades e resultados alcançados.

O trabalho do ACS tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Para que isso aconteça, o ACS deve estar alerta. Tem que estar sempre atento e interativo, sendo elemento intermediário nas propostas do cuidado em saúde para a comunidade e a compreensão dos atores que receberão este atendimento, elemento importantíssimo para alcance dos objetivos.

Apesar da Estratégia de Saúde da Família se constituir em um modelo de atenção primária que se distingue pela visão complexa do usuário, a formação universitária de seus profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e outros em casos de equipe ampliada, ainda se pautam na visão fragmentária, reduzida ao âmbito da disciplinaridade (anatomia, patologia, genética, farmacologia, economia, sociologia etc.), modelo de formação tradicional encontrada nos profissionais envolvidos.

Deste modo, compreende-se quão importante se torna o trabalho do ACS, podendo influenciar indivíduos e grupos sociais numa maior compreensão do empoderamento comunitário na atividade prática exercida junto a população assistida, apesar de toda dificuldade imposta pelo treinamento moldado pelo aprendizado em saúde, com orientadores impulsionados nas formas de difusão dos últimos anos, ainda com muitos profissionais que conduzem os cuidados com um olhar para a tecnologia, doença e prevenção de agravos, onde apesar dos esforços contrários, ainda temos práticas de políticas de saúde unilaterais que recebem indicações de governantes, muitos distantes das questões locais, sem preconizar a participação e necessidades próximas ao usuário.

O ACS ao receber treinamento local, recebe como principais atividades, atribuições importantes aos objetivos da educação em saúde, promovendo um saber que agrega diferencial junto à população na área adstrita.

Direcionar a ênfase do ACS nas questões específicas em saúde pode diminuir a sua participação em questões que exijam um maior comprometimento social e desenvolvimento do empoderamento comunitário, por encontrar-se atuando com maior enfoque na educação em saúde em detrimento ao envolvimento nas questões sociocomunitárias.

## 4. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A formação dos profissionais que atuam no setor de saúde possui grande relevância, contribuindo na elaboração, práticas das técnicas e atendimento nesta área. Sendo um campo de produção de conhecimento que envolve profissionais em diversas áreas, sendo comum o uso de condutas que abordam o parecer inter/disciplinar, sendo um setor onde o saber encontra-se em constante construção pela atuação tecnológica, filosófica, ciências naturais, prática social, dentre outras.

As constantes expectativas no perfil do educando, diante das crescentes necessidades de mão de obra, cada vez mais especializada em exigência de resposta a um mundo globalizado; fazendo que o trabalho em saúde tenha a necessidade de mudança constante em equipamentos, nas técnicas em função de alterações na legislação, regulamentando a oferta de serviços ou as descobertas decorrentes da evolução do conhecimento.

O Modelo Tradicional de Educação em Saúde está fortemente enraizado nas práticas educativas realizadas pelos profissionais de saúde. Neste modelo, a transmissão do conhecimento técnico científico é privilegiada, sendo o educador o detentor do saber e o educando um depósito a ser preenchido pelo educador.(FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE; 2010. p.120)

A Constituição Federal de 1988 atribuiu ao Sistema Único de Saúde (SUS) a missão de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde, conforme o art. 200, inciso III da Constituição Brasileira. Mesmo diante de um amparo legal, a formação de recursos humanos, seguindo modelos curriculares, preparam um profissional distante do ambiente proposto pelo SUS, um distanciamento que demonstra a presença de interesses que diferem a proposta realizada, formando profissionais para atuarem nos interesses do sistema econômico vigente.

Com um olhar histórico, temos o profissional de saúde sendo treinado num modelo educacional onde o professor é a referência de todo saber. Este como mestre direciona todo o processo de construção do conhecimento, estando o professor neste modelo de atuação, por ser altamente tecnicista, ou seja, ensina a técnica e o aluno deverá reproduzi-la.

Tratando-se de atitude que se contrapõe as necessidades do campo comunitário, onde o conhecimento do outro, o saber adquirido fora dos bancos acadêmicos são importantes

quando considerados pelo profissional que não reproduz o modelo no qual foi treinado, obtendo um enfoque motivacional ao valorizar outros modelos.

O Agente comunitário de Saúde recebe um programa de formação dentro de moldes tradicionais citados, existindo uma prática que prioriza uma valorização na abordagem técnica, em detrimento de todo o potencial de utilização do conhecimento dos seus pares na área em que reside.

No que se refere à formação do ACS, apesar de o Ministério da Saúde definir as principais diretrizes para sua formação, na prática este processo ainda é muito diversificado e acontece geralmente a partir de referenciais biomédicos. A nosso ver, uma contribuição a esta formação deve considerar os conceitos de saúde e o de risco presentes no manual “O trabalho do agente comunitário de saúde uma vez que remetem, respectivamente, a dimensões mais amplas do que o corpo da biomedicina e enfatizam o conhecimento da dinâmica social local. (BORNSTEIN, 2008.p.6.)

O treinamento do ACS vem torná-lo um profissional com foco principal no desenvolvimento do serviço em programas de saúde instituídos pelo Estado, e mesmo tratando-se de pré-requisito ao exercício do cargo, sua moradia no local, aceitação por parte dos usuários, sua liderança e envolvimento sócio comunitário, o envolvimento nas questões de desenvolvimento sócio comunitário surge como algo que se distancia aparentando menor importância, atitude que poderá ser aquém do pleno potencial do ACS, por se afastar dos valores que motivaram sua entrada nesta profissão.

Sua formação recebe um enfoque para atribuições básicas que serão exercidas pelos ACS, sendo estabelecidas na Portaria GM/MS nº. 1.886 de 18 de dezembro de 1997, detalhadas em 33 itens com treinamento específico que objetiva um alcance do indivíduo, transformando-o em um agente de mudanças em seu ambiente de convívio. Alguns dos temas exigidos no treinamento do Agente Comunitário de Saúde são: Cadastramento de moradores, diagnóstico demográfico, mapeamento e definição do perfil socioeconômico, busca ativa de doenças infecciosas, abordagens em direitos humanos, ambiente, atividades educativas: planejamento familiar, climatério, educação nutricional, saúde bucal dentre outras. (BRASIL, 1997)

São ações laborais atribuídas ao ACS que mesclam sua habilidade no relacionamento com a população local e o conhecimento orientado pelos profissionais da equipe durante o treinamento admissional como ACS, onde o compartilhar de responsabilidades passam a ser permeadas num mecanismo desenvolvido entre as partes. Um cenário favorável ao acompanhamento do quadro de saúde e cuidados necessários para a população do território

atendido pela equipe, tendo a existência de um ambiente motivador, onde aquele que ensina, aprende e aquele que aprende, também ensina em outro contexto.

## 5. EDUCAÇÃO SOCIOCOMUNITÁRIA

O tema educação possui uma complexidade onde Gadotti, 2012. apresenta como uma temática influenciada pelo grande número de correntes e tendências impregnadas em culturas e filosofia, tendo nas palavras de Paulo freire que toda educação é política e não é neutra, implicando princípios e valores que conduzem a uma visão do mundo e da sociedade em que vivemos.

A formação de comportamento humano e criação de valores com teor ético universal é frequentemente afirmada na elaboração do planejamento e prática da educação, na criação de processos de ensino que estimulem a produção numa vida harmoniosa com o local onde o individuo encontra-se inserido, esperando-se que tenha uma reação solidária com os seus pares neste ambiente. Mesmo levando-se em conta toda significância e a abrangência do processo pedagógico agindo na construção de um novo homem, não se pode deixar a análise das características e do sentido da vida em comunidade no atual momento histórico do capitalismo globalizado e do pensamento pós-moderno que vivemos.

A construção de uma sociedade mais justa, com maiores oportunidades e ações igualitárias que possam receber um teor reprodutivo a partir de bases onde o saber é propagado pelo exercício prático da experiência humana diária.

A humanidade vive, hoje, um momento de sua história marcado por grandes transformações, decorrentes, sobretudo do avanço tecnológico, nas diversas esferas de sua existência: na produção econômica dos bens naturais; nas relações políticas da vida social; e na construção cultural. Esta nova condição exige um redimensionamento de todas as práticas mediadoras de sua realidade histórica, quais sejam o trabalho, a sociabilidade e a cultura simbólica. Espera-se, pois, da educação, como mediação dessas práticas, que se torne, para enfrentar o grande desafio do 3º milênio.(SEVERINO,2000)

Comentário de GOMES.(2008) ao participar de congresso internacional em São Paulo, descreve a educação sociocomunitária como uma divisão da ciência da educação dentre muitas outras, segundo sua proposta necessita investigação histórica e critica da sua pratica. Em seu urgente estudo deve ser considerada a visão de valores que estão dados em seus termos, como comunidade, transformação social, emancipação, autonomia; colocações fundamentais para uma maior compreensão deste ramo educacional.

Ao contrário do que sempre alegaram a metafísica tradicional e a ciência moderna, todas as formas de manifestação concreta da existência humana se realizam mediante a ação real, o agir prático. Com efeito, a substância do existir

é a prática. Só se é algo mediante um contínuo processo de agir, só se é algo mediante a ação. Assim, diferentemente do que pensavam os metafísicos clássicos, não é o “*agir que decorre do ser, mas é o modo de ser que decorre do agir*”. É a ação que delinea, circunscribe e determina a essência dos homens. É na e pela prática que as coisas humanas efetivamente acontecem, que a história se faz. (GOMES, 2008 p.4)

O autor ainda trabalha a educação como mediadora da existência nos conduzindo a divisão da existência humana mediada no tríplice universo do trabalho, da sociedade e da cultura, universos que se complementam e se implicam mutuamente com interdependência. Um contexto que se podem entender as relações de entendimento com o universo social., obtendo como efeito o conhecimento, pressupondo um amparo as relações sociais, não apenas como referência circunstancial, mas como matriz geradora, como uma placenta que nutre todo seu processamento. Embora desenvolva também a reação onde não se caracteriza apenas pelas relações de agregação dos indivíduos, mas nas relações de hierarquização, envolvendo um elemento específico que se manifesta no ser humano, o poder, que torna política a sociedade.

Como acompanhar a evolução do ensino-aprendizado num ambiente comunitário, recheado de interesses nos níveis de envolvimento econômico, social, político, religioso, dentre outros. Ambientes que caminham na visão fragmentada de seus objetivos, seguindo nesta direção e trilhando muitas vezes com posturas autoritárias que na figura do mestre, reproduz uma limitação ao poder de criação, transformação e desenvolvimento do educando.

A educação nas sociedades latino-americanas ainda ocorre em um processo vertical. O professor ainda é um ser superior que ensina a ignorantes. O educando recebe, passivamente, os conhecimentos, tornando-se um depósito do educador. Educa-se para arquivar o que se deposita. Mas o curioso é que o arquivado é o próprio homem, que perde, assim, seu poder de criar, se faz menos homem, é uma peça. O destino do homem deve ser criar e transformar o mundo, sendo o sujeito de sua ação. (FREIRE, 1994).

Na convivência comunitária existe valorização em saber adquirido no convívio social, nas vitórias, derrotas, na experiência da vida, onde a figura do professor em sua postura tradicional pode diminuir seu poder de acesso ao individuo, distanciando o objetivo educacional traçado para a comunidade. Propondo outra atitude na figura do professor ou daqueles que se encontram intermediando o processo ensino – aprendizado comunitário temos Paulo freire alertando para uma outra conduta que saliente sobre a importância do outro, dos educandos, do seu modo de vida, sua cultura, experiência, sonhos e desejos. Um autor que tem influenciado a educação em diversos países, sendo outorgado em seu nome o título de

Patrono da Educação Brasileira em 13 de abril de 2012; conferido pela Presidente Dilma Rousseff.

FREIRE (2006), numa coerência com a educação social, dizia que o ensinar (educar) exige: rigorosidade metódica, pesquisa, respeito aos saberes dos educandos, corporificação das palavras pelo exemplo, aceitação do novo, bom senso, humildade, tolerância, luta em defesa dos direitos dos educadores, apreensão da realidade, alegria e esperança, rejeição à discriminação, reflexão crítica sobre a prática, reconhecimento da identidade cultural, determina que o educador tenha respeito à autonomia do educando, e, sobretudo, convicção de que a mudança é possível.

A influência de Paulo Freire na Educação Sociocomunitária, bem como, a compatibilidade do seu discurso social e comunitário existentes em seus escritos, nos traz conforto com o que foi destacado por outros autores. Acreditamos, enfim, que a sua contribuição tenha sido vital para a Educação Sociocomunitária.. (DAUD, 2012)

Boff (2000), alerta que a humanidade precisa encontrar uma nova base de mudança em algo que seja global, compreensível e prático, possuindo uma ética que abranjam resoluções para a desigualdade, injustiça, violência, um comportamento mundial que extrapole a razão, tendo no caráter humanitário uma sensibilização que conduza a solidariedade, compaixão em atitudes que mobilizem as pessoas em uma prática histórica social libertadora. O autor descreve uma necessidade que fomenta um poder social transformador, gerador de atitudes individuais que conduzam a pedagogia social em sua capacidade de mudança do meio com ensino que conduza a liberdade.

Uma educação que possa atingir de modo transformador tanto o indivíduo com seu ambiente, sendo capaz de expandir influenciando em seus resultados outros contextos de vida.

GADOTTI (2012 apud MARTINS 2012) referindo-se a educação sócio-comunitária, “em construção” descreve a busca para realçar o papel social e transformador da educação comunitária e distinguir-se de uma educação em geral na qual a comunidade de maneira consciente busca mudar algo na sociedade apoiando-se de processos educativos. Nesse primeiro contato, e utilizando o processo educativo como método, do seu modo a comunidade realiza sua autonomia na área desejada.

Buscar mudar a sociedade significa romper com a heteronomia, com ser comunidade perenemente determinada pela sociedade” (GOMES, 2008 p.54).

A educação sociocomunitária, é descrita por GROPPPO (2013) como seu objeto de investigações onde aos olhos de seus praticantes possui uma intenção de transformação social mais ampla, saindo do seu ponto local ou comunitário, com intervenções que costumam ocorrer em ambiente não formais de educação, sem descartar a possibilidade de ocorrer também no ambiente formal como escolas, ao mobilizar a comunidade em torno do ambiente e necessidades da escola ou seus alunos, sendo um conceito produzido nas ações educacionais de impacto social. Destaca também que essa temática tem sido perspectiva de estudo adotada em unidade acadêmica na cidade de Americana no Estado de São Paulo. O professor Groppo prossegue citando Gomes 2008 que alerta em sua preocupações:

A educação sociocomunitária é uma estratégia educacional que mobiliza comunidades ou grupos locais em prol de transformações sociais de alcance mais amplo. Tal estratégia pode ter caráter emancipador, nos casos em que as intervenções têm como horizonte a ampliação da autonomia e bem estar das comunidades e de seus integrantes. Mas também pode ter caráter manipulador, quando a mobilização comunitária ou local serve a interesses de instituições externas, tais como Estado, igrejas e organizações supranacionais. (GOMES,2008)

A educação sociocomunitária é uma intervenção educativa, executadas por meio do envolvimento comunitário tendo o propósito de promover transformação na sociedade com propostas educativas identificadas ao seu público, ações que irão requerer do mediador uma proximidade com observação metódica, respeito a cultura e ao saber encontrado entre os educandos, desenvolvimento da autonomia do educando, esperança na mudança dentre outros. Ações desenvolvidas por diversos atores sociais como lideranças comunitárias, educadores sociais, integrantes de ONGs e agentes comunitários de saúde teor de importância desse estudo.



## RESULTADOS :

Estudar o Agente Comunitário de Saúde de uma Unidade Mista de Atendimento em bairro da zona oeste da cidade de São Paulo-Capital observou-se um grupo predominantemente feminino evidenciando essa forte presença no setor de saúde e nesta profissão.

A presença feminina tem apresentado notável parcela de mão de obra junto ao setor de saúde, onde tem preenchido a maior parcela das vagas disponíveis como é o caso da área de enfermagem em todo o Brasil.

No nível de escolaridade entre as participantes da amostra notou-se a presença de três integrantes com ensino médio completo e duas com ensino fundamental, demonstrando que com processo seletivo na comunidade adquiriu-se colaboradores com escolaridade acima da exigência local. São mulheres trabalhadoras na faixa etária entre 38 e 55 anos, com idade média de 43,4 anos, sendo três solteiras sem filhos e duas casadas que totalizam oito filhos. Relatam a importância do trabalho ao fato de suprimento imediato às necessidades materiais providas pelo salário.

A análise das respostas sobre o que motivou a escolha da profissão evidenciou-se situações como: desemprego, trabalho, atuação em locais próximos a moradia, facilidades frente a jornada de trabalho com finais de semana livre, os cuidados com a família e moradia, também posturas para necessidade financeira e toda integração oriunda a partir salário e emprego neste processo junto a família,

Os depoimentos registrados a seguir, pelo compromisso de sigilo junto aos participantes, tiveram seus nomes alterados:.

“Primeiro estava desempregada, depois tive vontade de ajudar meu bairro em relação a saúde “ Carla

“Gosto da área da Saúde, pelo fato de estar desempregada, ajudar a comunidade”  
Thais

“Estava desempregada” Fernanda

“O trabalho perto de casa e de segunda a sexta” Raquel

“Além de suprir minhas necessidades financeiras ( renda) e a oportunidade de servir.”  
Ana

Ao instaurar um processo seletivo na comunidade, priorizando moradores locais, sem exigência de uma preparação profissional formal, cria-se um ambiente favorável em

oportunidades trabalhistas, fortalece a criação de renda, influenciando a economia local e a inclusão no consumo.

O desejo de ajudar a comunidade, o ACS torna-se um elemento motivador, contribuindo para superação nas dificuldades encontradas com um envolvimento em um setor tão específico como o de saúde, uma atitude que o conduz até a comunidade, com forte convicção e satisfação no resultado do trabalho.

O treinamento do ACS, que normalmente é realizado pelos profissionais da equipe, mostrou confirmação, tendo a maior parte realizada na UBS, que segundo participante foi rápido e insuficiente para as necessidades reais como notado na seguinte fala:

“Recebi uma noção teórica distante da realidade” Ana

Nas respostas obtidas onde descrevem o tempo deste treinamento, constatou-se o período de uma semana até seis meses. Diante de um currículo básico proposto para à Estratégia de Saúde da Família (ESF), frente sua tentativa de padronização, temos variação no exercício prático, a resposta nos conduz as necessidades em saúde e o amplo campo de necessidades que serão enfrentadas pelo ACS. Seu treinamento proposto tem um tempo curto para o ensino de todo o conteúdo existente nas questões de saúde, fator que se apresenta em momentos de insegurança quando o ACS exerce o seu trabalho. O ACS recebe sua inclusão na equipe de saúde, iniciando o trabalho num ciclo de contatos e orientações na comunidade seguindo os objetivos da educação em saúde com treinamento e orientações que apontam necessitar maior atenção.

Definir a comunidade torna-se importante quando pensamos na atuação sócio comunitária deste agente, seu trabalho e sua participação potencializa quando ele tem noção do meio e o objeto do seu trabalho.

A comunidade na visão dos Agentes Comunitários de Saúde foi definida como: grupos de pessoas, pessoas que moram no mesmo lugar, pessoas que possuem o mesmo objetivo, o local onde se vive, lugar de vida em comum, um local de trabalho. São colocações que atribuem presença de pessoas em determinado lugar, local onde eles podem ter relacionamentos e ainda esta mesma comunidade pode contribuir para uma oportunidade trabalho na ESF.

O enfoque em pessoas na comunidade torna-se forte, algo importante para o desenvolvimento do trabalho, um olhar que inicialmente não demonstrou um parecer somente em questões negativas deste meio, falam de um local com vida, dinamismo e necessidade de interação em diversas áreas.

“É um lugar aonde vivem diferentes pessoas, com diferentes problemas sociais e algumas coisas em comum” na fala de Raquel”

Uma atitude de respeito com a comunidade em que atuam e residem, promove uma identificação nas dificuldades comuns a todos como: saneamento básico insuficiente, deficiência no transporte, desemprego, questões na saúde, educação e geração de renda.

Embora enxerguem e vivam as dificuldades da comunidade, mostram-se compassivos num olhar de auxílio e esperança, fator relevante em elementos que influenciam a transformação e a educação sociocomunitária.

Mesmo a legislação brasileira amparando o exercício profissional do ACS e o mesmo encontrar-se como elemento da equipe de saúde, sua origem comunitária ecoa no discurso. Quando temos uma resposta afirmativa e unânime sobre sua participação na equipe de saúde, vemos afirmativas que não foram justificadas no processo seletivo, curso de treinamento ou mesmo na legislação que lhe garante este direito, mas no envolvimento comunitário e do empoderamento adquirido junto ao conhecimento em saúde e na importância do seu trabalho em educação junto a comunidade.

Sobre o questionamento se os ACS se consideram um(a) profissional de saúde?

Responderam:

“Sim, porque temos todas as informações através da visita domiciliar”. Carla

“Sim, porque levamos informações, ajudar e orientar as famílias” Thaís

“Sim, Levo informações a comunidade e sirvo de ponte entre os moradores e a UBS”

Fernanda

“Sim, porque oriento quanto aos cuidados de saúde, prevenção de doenças e tento ajuda-los nas queixas” Raquel

“Sim, Porque eu participo dessa área, sinto a real necessidade e percebo uma necessidade ainda maior de busca de conhecimento em profissionais comprometidos e com afinidade e perfil para amar” Ana

Os depoimentos são relevantes também no fato de descrever significância as informações adquiridas no treinamento, um verdadeiro amparo as informações e orientações que “conduzem” até a comunidade.

Os participantes afirmam que informações, cuidados em saúde, prevenção de doenças permeadas pela visita domiciliar, como, transferir informações, ajudar moradores e servir de ponte entre comunidade e UBS, são elementos que outorgam sua posição como profissional de saúde, as atitudes sociocomunitárias desenvolvem essa segurança como profissional na saúde, sentimento de participação e importância na motivação deste profissional.

O ACS como uma pessoa da comunidade participando de uma educação em saúde, portador de novos conhecimentos e conceitos, servindo de ponte entre o discurso acadêmico e popular, percebendo-se entre os entrevistados um distanciamento do saber recém adquirido e o conhecimento popular, demonstrando fragmentação que poderá ser substituído pelo saber médico, ensino que se infiltra na comunidade transformando condutas, reações que aumentam o desejo do conhecimento entre os ACS.

A educação sociocomunitária vem transformando condutas nestes profissionais e conduzindo o ACS com a segurança de quem demonstra a prática daquilo que ensina, uma atitude defendida nos ensinamentos de Paulo Freire.

Em ambiente aonde a credibilidade nos novos conhecimentos, valores, oferta de equipamentos sociais e medidas de acesso que conduzem o usuário a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), são passados a comunidade por alguém de sua confiança. Hoje com notável evolução promovida pelo contato com o trabalho em saúde como podemos ver em relatos do seu conhecimento pregresso:

“Os meus conhecimentos são poucos, apenas o básico em relação à saúde de minha família” Carla

“Não era muito, porque só sabia o básico para orientar minha família sobre cuidados, sobre a saúde, adequada, exercícios físicos etc” Thaís

“Conhecimento popular de mãe e de dona de casa” Raquel

Uma colocação que contribuiu na motivação do ACS em sua escolha profissional foi o desejo de ajudar sua comunidade, cômico das necessidades locais, assim como, a situação de risco social das famílias, seus sucessos e suas mazelas, com seu trabalho a área adstrita é sua preocupação inicial, participar da equipe de saúde, sendo esse caminho de dupla via no fluxo de informações, estando envolvido na educação em saúde, vai em direção à comunidade em suas atividades diárias levando contribuições múltiplas na abordagem do usuário, colocações que fortalecem e estimulam o ambiente comunitário em áreas que embora influenciem a saúde e o adoecer, nem sempre são de causas e resoluções no âmbito biológico.

Os ACS vão até a comunidade e apresentam colocações que não são preocupações comuns aos profissionais de saúde assistenciais na atualidade, emitem vozes que se colocam diante de um momento em que o setor da saúde encontra-se com vertentes contrárias e distantes de questões que envolvam abrangência social. Ainda existem áreas no setor que resistem ao desenvolvimento de uma assistência onde o usuário possa opinar pelos trabalhos oferecidos, assunto especialmente defendido entre os profissionais da Atenção Básica que

trabalha pela transformação, democratização da assistência, participação e empoderamento do cidadão.

Condições enfrentadas no trabalho do ACS que vivencia dificuldades de saúde da população como algo que não é resolvido somente pelas ações de saúde pontuais nos locais de moradia das famílias, precisam da ação dos governantes que podem desencadear conjunturas que venham resolver questões de infraestrutura, segurança, serviços, etc.

Neste quesito o trabalhador com uma abordagem sociocomunitária estará desencadeando um diagnóstico sistêmico que precisa ser tratado com abordagens de amplitude intersetorial.

Tendo o trabalho desenvolvido na comunidade direcionado com maior ênfase na saúde e nos interesses imediatos do cuidado, sendo menos expressivo nos direitos do cidadão, potencializa-se um risco no seu fator motivacional frente ao desejo de auxiliar sua comunidade, embora os resultados em saúde sejam visíveis junto a família, podem não ser suficientes na motivação do ACS diante de outras questões de importância na comunidade!

No questionamento sobre qual é o tipo de conhecimento que o ACS costuma levar aos usuários da comunidade, temos as seguintes respostas:

“O conhecimento dos direitos e deveres enquanto cidadãos, aliados aos conhecimentos e informações em saúde e em saúde.” Ana

“Informações e orientação que somos capacitados a passar em relação a saúde” Thais

“Prevenção de doenças, reuniões do bairro” Fernanda.

“Todo tipo de conhecimento que eu puder para deixa-los sem grandes dúvidas e instrui-los para assim sua qualidade de vida ser melhorada” Raquel

“Todas as orientações possíveis, não só em relação a saúde” . Carla

O ACS vem trabalhando na comunidade utilizando instrumentos de comunicação como panfletos, grupos de educação, convivências, trabalhos profissionais, visitas domiciliares, utilizando a comunicação oral, gravuras ou expressão não verbal para transmitir conceitos até a comunidade, materiais fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município.

Instrumentalizar esse ACS no conhecimento do ambiente social, visão de trabalho em outros locais e como conseguiram novas formas de resolução, metodologia de acesso ao usuário, ensino de técnicas onde o usuário seja partícipe do diagnóstico social e sua potencialidade nas soluções, necessitam de preparo em ferramentas que quando disponibilizadas ao profissional potencializam seu trabalho na educação sociocomunitária,

Como são levados estes conhecimentos aos moradores?

“Através das visitas domiciliares, nos grupos de convivência e grupo de puericultura”

Thaís

“Em forma verbal e panfletos” Fernanda

“Nas visitas domiciliares e grupos educativos” Raquel

“Através das visitas” Carla

As visitas domiciliares promovem importantes momentos entre o ACS e o usuário, a consciência da importância destes momentos produzem um aproveitamento impar desse contato com o usuário, este em seu ambiente doméstico expõe com naturalidade suas necessidades e dúvidas sendo momento oportuno para entrega de propostas e informações pertinentes.

Longe do sistema tradicional de ensino ressaltam a existência de conhecimento popular como importante aliado na comunidade. O conhecimento popular que neste caso, mesmo se manifestando em credices, uso de medicação popular e ervas medicinais, muitas em uso sem evidencia científica descrita e posologia definida, concomitantemente, tem um perfil que sugere mudanças na amostra pesquisada, com o aparecimento de evidências dos efeitos da educação sociocomunitária junto a população.

As propostas são aceitas na abordagem sociocomunitária revelando aceitação e algumas práticas no conhecimento entregue a integrantes da comunidade, assuntos desenvolvidos pelos ACS como: vacinação, exames de papanicolaou e mamografia, medicamentos populares e alguns efeitos colaterais, informações normalmente transmitidas por esses profissionais em suas ações que informam as políticas públicas de saúde disponíveis em programas junto a saúde da mulher, da criança e do idoso, grupos populacionais com investimento constante do setor de saúde nos últimos anos. Conhecimentos da população constantes na resposta da pesquisa são ressaltados nos seguintes dizeres:

Quais os conhecimentos em saúde que você observa nos moradores independente da sua orientação?

“ Vacinas, Papanicolau, mamografia etc”. Thaís

“Alguns conhecimentos em medicação e populares” Raquel

“ Vacinas, Papanicolau, mamografia, etc” Carla

- “Eles acreditam no que passa na televisão ”Fernanda

- “Eles só possuem conhecimento em saúde até o ponto de sobrevivência” Ana

O trabalho do ACS nesta comunidade demonstra a contribuição da educação sociocomunitária, iniciando uma transformação que ainda está direcionada as resoluções locais de saúde, e requerendo continuidade e ampliação para áreas e

interesses específicos da população local, tendo a equipe de saúde empenhada em seus objetivos e na busca de estratégias para as dificuldades que se encontram distantes de seu poder de resolução.

Conscientizar os moradores das suas possibilidades e direitos já conquistados ainda precisa de estímulo no trabalho do ACS, fator que ainda não despertou preocupação ao trabalhador do setor de saúde da atualidade, seja pelo foco na carga de trabalho, atribuições internas em trabalhos burocráticos ou outras limitações.

Na sua admissão ao trabalho o ACS foi motivado pelo retorno financeiro e pela vontade de ajudar a comunidade, atitude que não pode esmorecer.

Considerando a permeabilidade do ACS na comunidade, este profissional trabalhando em função de seu bairro, utilizando a educação sociocomunitária, poderá desenvolver o desejo de mudança, o conhecimento de direitos transferidos para outras áreas e o empoderamento comunitário promovido por uma educação libertadora que possa conduzir as razões que impeçam o adoecimento e suas aflições!

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente investigação, ou seja, buscar conhecimentos sobre a Educação Sociocomunitária e o Agente Comunitário Saúde em São Paulo, suscitou desde o início uma curiosidade pela complexidade do ambiente abordado em atividade que trabalha a educação sociocomunitária sem a consciência dessa práxis educacional, um profissional que conseguiu inserir-se na equipe de saúde, tem facilitado ao setor de saúde o alcance das comunidades, participa de programas oriundos de políticas públicas de saúde e mantém-se como participante da comunidade influenciando condutas e quebrando arraigados paradigmas.

Neste espaço as relações se tornam dinâmicas e em constante movimento de modelos em construção-desconstrução e reconstrução do saber que se tornam presentes na comunidade, promovendo benefícios entre os resultados profissionais em saúde, esforços conduzidos a família na área adstrita, O que antes foi pensado em trabalho dirigido aos pobres, tornou-se uma estratégia de alcance ampliada, hoje nota-se a presença do ACS trabalhando em condomínios de cidades produtoras como Jundiaí, Americana ou Campinas em São Paulo, nas comunidades ribeirinhas e nos mais diversos bairros em cidades de todos os tamanhos, basta existir uma comunidade para que este profissional realize o seu trabalho.

Estudar a Educação Sociocomunitária e o Agente Comunitário de Saúde em seu ambiente de trabalho trouxe algumas observações que caracterizam dados descritos. evidenciando o perfil do ACS diante das atribuições em educação sociocomunitária, como novos aliados no setor de saúde.

Demonstram envolvimento e compromisso com a comunidade, atividades que exercem durante e fora da sua jornada de trabalho, conseguem uma adaptação ao conhecimento acadêmico em saúde, com uma linguagem técnica que é decodificada e transmitida de maneira simples e popular, tornando a comunicação compreensiva aos seus pares.

Sendo o ACS reconhecido como trabalhador estratégico no alcance das metas estabelecidas pela equipe de saúde, suas ações podem ser consideradas em dimensões especiais, a equipe de saúde pode ser alertada pelos “ruídos” vindos da comunidade trazidos pelo ACS, “ruídos” adquiridos na relação de participação local, sendo ele um elemento de escuta na comunidade que algumas vezes considerado também como “olheiro” da equipe nas questões locais de saúde. Um elemento que ao conduzir a voz da comunidade entre a equipe, descreve seu próprio desejo e necessidades, por conviver junto aqueles que em momentos



fazem parte do seu trabalho e nos demais dividem as alegrias, dificuldades e aflições por morar no mesmo bairro onde trabalha, são estas características que possibilitam ao setor de saúde uma articulação entre a comunidade e o Estado, presente nas políticas públicas de saúde dirigidas à população, no agir de uma equipe local que mobiliza a Estratégia de Saúde da Família em seu trabalho como porta de entrada e acolhimento promovido pelo Sistema Único de Saúde.

O dinamismo deste trabalho torna a equipe de ESF responsável pela saúde local, profissionais que enfrentam questões com origem e resolução distantes do seu poder de interferência, tendo nos homéricos problemas de uma metrópole como a cidade de São Paulo, um impacto sobre a saúde dos moradores locais no enfrentamento de questões como um trânsito caótico, poluição, segurança, alimentação inadequada, falta de leitos hospitalares, e outros que só podem ser resolvidos pelo empenho e competência governamental.

A Estratégia de Saúde da Família tornou-se o ambiente propício na atuação do ACS, dentro desta proposta o encontramos em espaço que inova as relações em saúde de maneira imprescindível, onde as ações de saúde precisam da participação do ACS, com sua facilidade no acesso comunitário, é promovido um ambiente oportuno para a educação sociocomunitária como instrumento de ensino em saúde para um público tão específico.

A escolha do profissional tendo como parâmetro sua empatia, relações dentro da comunidade, conhecer o bairro em seus detalhes culturais e geográficos, seus formadores de opinião, ter liderança local com afinidade e respeito pelo povo, estando “mergulhado” no convívio diário sendo morador local; faz com que ouça, respeite e participe contribuindo numa transformação visível em sua comunidade,

Tem sido excelente a expectativa para contratação no Brasil. (BORNSTEIN, 2007), abordou em sua tese de doutorado ao avaliar o ACS ainda nas antigas ações do Programa de Agentes Comunitário (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) a importância do saber, moradia próxima e experiência de vida.

Tanto no PACS como no PSF o agente comunitário de saúde é um elemento chave da equipe. Este profissional possui a característica peculiar de ser morador da comunidade onde atua; portanto, tem acesso ao saber popular por sua experiência de vida e, ao mesmo tempo, ao saber tecnocientífico, por sua formação e experiência profissional. Ao mesmo tempo, os demais profissionais das equipes de saúde destes programas têm também uma proximidade com as condições e modo de vida da população, o que pode lhes facilitar a compreensão da sua experiência de vida. (BORNSTEIN.2007.p,29)

Os ACS que participaram do estudo, caracterizados pelos parâmetros descritos, revelam um potencial que não pode ser esquecido, o motivo de influência na escolha da sua profissão, a oportunidade de ajudar o seu bairro, fazer algo pelo seu povo.

No trabalho junto ao setor de saúde, este desejo tem sido realizado de maneira parcial, ao se conscientizarem que parte dos esforços em saúde não são de resolução local, temos neste profissional determinada frustração entre a proposta de ajuda ao povo com amplitude e as soluções imediatas apresentadas nas questões de saúde. Neste setor o profissional tem limitações quando disponibiliza seu trabalho e prestígio comunitário unilateralmente para questões de saúde.

A educação sociocomunitária tem sido utilizada parcialmente pelo setor de saúde ao utilizar o ACS como instrumento de aproximação, observação e controle sobre aqueles que recebem os cuidados da equipe. Promover a instrumentalização e incentivo ao desenvolvimento da educação sociocomunitária ampliará os seu resultado na comunidade, com abrangência para um universo de novas possibilidades que poderão ser utilizadas em outras profissões, áreas do saber e culturas.

A experiência do setor de saúde ao utilizar o ACS em seu quadro de pessoal, permitiu uma queda nos paradigmas entre equipes que priorizavam a educação formal em seus quadros profissionais, o que anteriormente foi amplamente questionado por seus conselhos de classe. O atual crescimento da Estratégia de Saúde da Família no Brasil tornou-se notável, trouxe novas oportunidades para usuários que não aderiam ao processo de inclusão e acolhimento divulgado no setor.

Mesmo a educação sociocomunitária não recebendo o centro da atenção neste processo, tem sido fundamental na adaptação e condução das propostas em saúde levadas a comunidade.

Associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conforme o nível de recursos sociais existentes e os padrões culturais de cada contexto específico (LAURELL, 1982 p. 86).

O exposto neste trabalho pode concluir que a educação sócio-comunitária ainda não é uma área de domínio absoluto entre os profissionais da equipe de saúde, sendo trabalhada de maneira simples pelo ACS, que mesmo sem domínio e preparo específico, tem manifestado resultados que podem ser potencializados na busca do entendimento e aprofundamento das atitudes exercidas pelo profissional, nos espaços que pode contribuir nesta área.

Portanto, a educação sócio comunitária é um processo em andamento, neste caso, de abrangência dentro e fora da educação em saúde, seus atores lutam por sua edificação a partir da própria realidade vivida e o estudo da práxis sócio comunitária tem posição de importância, tendo possibilidade de desenvolvimento neste campo da saúde, um espaço onde excelentes resultados começam a ser mensurados.

Muitas são as questões a serem respondidas na educação sociocomunitária e a experiência que ocorre na educação em saúde recebeu tendo esse setor, preciosa contribuição com a introdução do ACS em seus quadros profissionais, ações e resultados que ainda possuem tópicos que precisam ser abordados, necessitando ser manifestado o cuidado com esse profissional, instrumentalizando-o e incentivando-o numa ação rumo a divulgação de saberes que conduzam a libertação nesta e outras áreas de carências comunitárias. Uma temática que requer maiores estudos e abertura de oportunidades onde possa ser aplicada!

## REFERENCIAS:

BORNEISTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes./ Vera Joana Bornstein. Rio de Janeiro: s.n., 2007. Tese de Doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

BORNSTEIN, Vera Joana and STOTZ, Eduardo Navarro.O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. Trab. educ. saúde [online]. 2008, vol.6, n.3, pp. 457-480. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300004>.

BORNSTEIN, Vera Joana and DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal.Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. Trab. educ. saúde [online]. 2014, vol.12, n.1 ISSN 1981-7746. Access at: SciELO Brasil.

BRASIL, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução INAMPS n.º 273, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica/ NOB SUS n.º 01/91. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.14216, seção I, 18/jul./1991.

BRASIL, Senado Federal. Constituição 1988: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL, Lei n.º. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.018055, seção I, 20/ set./1990.

BRASIL, Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área e saúde, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.025694, seção I, 31/ dez./1990.

BRASIL, Lei n.º. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.018055, seção I, 20/ set./1990.

BRASIL, Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área e saúde, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.025694, seção I, 31/ dez./1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS. Brasília, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, J.G.S. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras. Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-

DAUD, Eliana Lopes. A Educação Sociocomunitária e o Subsídio de Paulo Freire – 2012. Americana: Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Dissertação (Mestrado em Educação). Centro Universitário Salesiano - UNISAL Americana.

FREIRE, Paulo. Educação e Mudança. 20ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

\_\_\_\_\_. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE, M.T. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde Modelos aplicados às atividades de educação em saúde Rev. Bras. Enferm, Brasília 2010 jan-fev; 63((1): ): 117-21.

GADOTTI, M. Educação Popular, Educação Social, Educação Comunitária: conceitos e práticas diversas, cimentadas por uma causa comum, p. 10-32. Revista Diálogos: pesquisa em extensão universitária. IV Congresso Internacional de Pedagogia Social: Domínio epistemológico. Brasília, v.18, n.1, dez, 2012

\_\_\_\_\_, I JOURNEE RENCONTRE AVEC PAULO FREIRE  
INFRED/POLYNÔME/PAIDEIA Paris, La Vilette, 12 décembre 1991

GEERTZ, C., 1983. Local Knowledge. New York: Basic Books.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, p.128, 1999.

GIMENO, S.J. Aproximação ao conceito de currículo. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

GOHN, Maria da Glória. Educação não-formal no Brasil: anos 90. Cidadania/Textos n. 10, p. 1-138, nov. 1997.

GOMES, Paulo de Tarso. Educação sociocomunitária: delimitações e perspectivas. Revista de Ciências da Educação. Ano X, n. 18, 1º sem. de 2008, p. 43-64.

GOMES, Paulo de Tarso. Educação Sócio-comunitária: delimitações e perspectivas.. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 2., 2008, São Paulo. **Proceedings online...** Faculdade de Educação da Univerisdade de São Paulo, Available

GROPPO, L.A. ADORNO E A EDUCAÇÃO SOCIOCOMUNITÁRIA: DIÁLOGOS E PROPOSIÇÕES. Revista HISTEDBR On-line, Campinas, nº 49, p.19-34, mar 2013 - ISSN: 1676-258

LAURELL, A.C. A Saúde – Doença como processo social. In: Revista latino

americana de Saúde. México.1982.61

Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/sausedoenca.pdf>

Acesso em: Julho 2014

LEAL, D. C. M. F.; MONTEIRO, E. M.; BARBOSA, M. A. - Os horizontes da percepção do enfermeiro do PSF sobre os limites de sua legislação. Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, acesso em 14 julho 2014

LOTTA, Gabriela Spanghero. Saber e Poder: Agentes Comunitários de Saúde Aproximando Saberes Locais e Políticas Públicas / Gabriela Spanghero Lotta. 2006.

171 folhas. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

LUZ ,M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática nos anos 80. Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 1, n. 1, 1991

VITALE, m. A. F. (org.). Família: redes, laços e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: iepucsp; Cortez, 2008. p. 169-174.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa Saúde da Família. In: Acosta, A. R.; Vitale, M. A. F. (Org.). Família: redes, laços e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Iepucsp; Cortez, 2008. p. 169-174.

MENDES-GONÇALVES, R.B. Tecnologia e organização social das práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Editora HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MINAYO, M.C.S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica.

In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). Textos em representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 89-111. Physis Revista de Coletiva, Rio de Janeiro, V.1, N.1, 1991

\_\_\_\_\_, Pesquisa social: teoria, método e criatividade (org) . 20.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

NEGRI, B. Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida.2000 [online]. Disponível na Internet: <http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm>

NOGUEIRA, R., RAMOS, Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis** \_ o agente comunitário de saúde. [Texto para discussão 735]. 2000 *NUNES, M.O.*

NUNES,M.O.etal.O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad. Saúde Pública [online]. 2002, vol.18, n.6, pp. 1639-1646.

OTAWA, Carta de. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Nov. 1986. Disponível:[http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta\\_ottawa.pdf](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf). Acesso em: Julho 2014.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas em distritos sanitários. In: Mendes (Org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995. p.187-220.

PEREIRA, I. C. and OLIVEIRA, M. A.C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.3, pp. 412-419. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300017>.

PINTO, A.A.M, FRACOLLI, L.A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(4):766-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a24.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i4.7270. Acesso 20 de junho 2014

PIOLA, S. V. S. (2009) (Eds.) “Saúde no Brasil: algumas questões sobre o sistema único de saúde (SUS)”, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, Escritório no Brasil, LC/BRS/R.200.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R. Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.6, pp. 1027-1034. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>.

SANTOS, M.R..SILVA,M.S.; Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família zona norte do município de Juiz de Fora. *Revista APS*, 2007 v.6, n.2, p.70-76, jul./dez.

SAKATA, Karen Namie. A inserção do Agente Comunitário na Equipe Saúde da família. Ribeirão Preto. 2009. Monografia de Graduação. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../tde.../KarenNamieSakata.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../tde.../KarenNamieSakata.pdf) Acesso em: Julho 2014

SEVERINO, ANTÔNIO J..Educação, trabalho e cidadania: a educação brasileira e o desafio da formação humana no atual cenário histórico. *São Paulo Perspec.* [online]. 2000, vol.14, n.2, pp. 65-71. ISSN 0102-8839. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392000000200010>. homem social. Severino, 2000.

SILVA,J.A.; DALMASO,A.S.W.O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde interface - *Comunic, Saúde, Educ*, v6, n10, p.75-94, fev 2002

SILVA, J.A. Assistência Primária de Saúde: o agente de Saúde do Vale do Ribeira. São Paulo, 1984. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

SILVA, J.A O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SILVA, J,A.; DALMASO, A.S.W.O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2002, vol.6, n.10, pp. 75-83.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Rev. Brasileira de Enfermagem: saúde da família*. V.53, n° especial. Brasília: ABEn, dez.2000.

TRAD. LB, ALMEIDA BA, HOMEM CR, MELO MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1639-46.

TEIXEIRA, C.F., PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Rev. Adm. Pública*, v.34, n.6, p.63-80, 2000.

VASCONCELOS, E. M.. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis*, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.



**ANEXOS:****ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA :Nº -----

Idade:	
Escolaridade:	
Estado civil:	
Número de filhos:	

**I - EIXO IDENTIDADE/COMUNIDADE**

1. O que o motivou na escolha da profissão de Agente Comunitário de Saúde?
2. Quais foram os requisitos exigidos para você ser admitido?
  - a) Como foi o seu treinamento como a Agente Comunitário de Saúde?
  - b) Quanto tempo durou?
3. O que para você significa comunidade?
4. O que existe em comum entre todos os moradores deste bairro?

**II. EIXO MEDIAÇÃO**

5. Você se considera um(a) profissional da saúde? Por quê?
6. Quais os seus conhecimentos em saúde anteriores a sua formação como ACS?
7. Quais são as suas principais atividades diárias?
8. O treinamento que você recebeu é suficiente para sua prática diária?
9. Você sente necessidade de algum treinamento em tema que não foi abordado no treinamento?
  - a) Qual?
10. Para os moradores, qual é a diferença em ser atendido por um(a) agente ou por outro profissional?
11. O que você aprendeu com a população nestes anos de trabalho?
12. Qual o tipo de conhecimento que você procura levar aos moradores?

13. Como você leva estes conhecimentos aos moradores?
14. Quais os conhecimentos em saúde que você observa nos moradores independente da sua orientação?
  - a) Você julga estes conhecimentos importantes, por quê?
15. Você já vivenciou dificuldades para colocar em prática as orientações do Posto de Saúde? Exemplifique. Como resolveu?
16. Como se dá a troca de conhecimento com os outros profissionais do posto de atendimento? Exemplifique.
17. Fora do seu horário de trabalho você é abordado(a) pelos moradores? Quais os assuntos trazidos pelos moradores nessas conversas?
18. Você considera que contribui com novas aprendizagens para os moradores com quem tem contato? Por quê?

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Educação não formal do Agente Comunitário de Saúde de São Paulo – SP.**

Busca-se o estudo deste tema, pela importância do agente de Saúde como agente integrador entre a população e equipe de saúde. A pesquisa se justifica pelas ações educacionais empregadas pelo Agente Comunitário de Saúde em seu trabalho diário e sua importância na comunidade.

O objetivo desse projeto é saber as diferentes maneiras exercidas pelo ensino do ACS em sua abordagem com a população local.

O procedimento de coleta de material será por meio de questionário aplicado pessoalmente.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso Mestrado em Educação do centro Universitário Salesiano, situado na cidade de Americana – SP , outra será fornecida a você.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira **DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE** Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

Aluno: \_\_\_\_\_

Galdino A. Cruz

Professor orientador: Dr. Renato Soffner e co-orientadora: Dra. Deise Kirsch certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ass. \_\_\_\_\_