

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

XXII CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA – 2006

ACS: Agente de Transformação Social?

Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em
Educação Popular no Distrito Sanitário III da
Cidade do Recife.

AUTOR:

Elizabete Maria de Vasconcelos Galindo
Patrícia Moraes Bueloni

ORIENTADOR:

Carlos Silvan

Recife
Dezembro/2006

ACS: Agente de Transformação Social?

AUTOR:

Elizabeth Maria de Vasconcelos Galindo

Patrícia Moraes Bueloni

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de especialista no curso de Pós-Graduação *latu senso* em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva do CpqAM / FIOCRUZ / MS, sob orientação do prof Carlos Silvan.

Recife
Dezembro/2006

DEDICATÓRIA:

Dedicamos esta pesquisa a todos os Agentes Comunitários de Saúde, que através do seu trabalho de Educadores mostraram a possibilidade de práticas mais humanitárias na saúde. Trilhando caminhos desafiadores, nos sensibiliza a fazer parte deste processo intenso de transformação por uma sociedade mais justa, organizada e fortalecida.

AGRADECIMENTOS:

À prefeitura da cidade do Recife, pela oportunidade de realizarmos nossa pesquisa, destacando o apoio de Dra. Paulette Albuquerque que nos orientou nos primeiros momentos que foram importantes para um melhor direcionamento de nossa pesquisa;

Ao Distrito Sanitário III, à equipe de Educação Popular em Saúde, em especial, a coordenadora Simone Brito, pela sua postura acolhedora, amiga e pela sua disponibilidade que foi de fundamental importância para a concretização desta pesquisa;

A Carlos Silvam, por ter nos recebido de braços abertos, pela forma sensível e acolhedora, sempre com palavras positivas e pensamentos enriquecedores, que nos tranquilizou em momentos difíceis;

A todos que fazem parte do Núcleo de Saúde Coletiva, em especial a coordenadora do curso, Giselle Campozona, pelo incentivo e paciência;

Aos colegas de curso, por terem sido companheiros nas descobertas e na construção de novos saberes;

A colega de turma Ive Monteiro, sempre atenciosa e presente, participando de momentos de construção deste trabalho, nos quais guardamos boas lembranças dos encontros sempre descontraídos e alegres;

Aos nossos familiares por nos apoiar com amor a cada sonho e conquista, compreendendo as nossas ausências;

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

A Educação Popular na saúde, como estratégia de intervenção, visa à modificação do *status quo* da lógica dos serviços de atenção básica, priorizando a criação de espaços coletivos no qual a valorização do diálogo e a troca dos saberes e reflexões entre técnicos e populares são acolhidos e incorporados como processo em construção de conhecimentos e práticas voltados à superação da lacuna cultural existente entre os serviços e a população. Nesse sentido, o agente comunitário de saúde (ACS) tem papel relevante de mediador entre o serviço, a comunidade e os diferentes saberes. Estimula a autonomia e compartilha responsabilidades na busca do fortalecimento dos direitos à cidadania e do papel social do coletivo. Sensibiliza e desperta a população para a conquista e reivindicação de novas formas de interação com o meio e para o exercício de controle da própria vida. Considerando o papel do ACS no processo de resignificação das práticas de saúde junto à comunidade, torna-se relevante o estudo sobre o discurso e prática desse ator no processo de transformação da situação de saúde da comunidade, por meio de ações de Educação Popular em saúde. O Distrito Sanitário III (DS III) foi o pioneiro a desenvolver os projetos de Educação Popular em Saúde, direcionados para capacitação dos ACS. Utilizando metodologia qualitativa este trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória, com o objetivo de analisar o papel do ACS, enquanto educador popular em saúde, para a transformação da situação de saúde da comunidade, no DS III, da cidade do Recife; levando em consideração as expectativas, desejos, motivações, dificuldades e desafios dentro da realidade vivenciada por eles neste trabalho. Foi observada a satisfação pessoal de todos ACS entrevistados que passaram por esta capacitação. Apesar de algumas dificuldades enfrentadas nesse processo de trabalho, relataram o fortalecimento de suas ações e valorização pessoal através da resignificação dos seus papéis perante a comunidade e equipe de trabalho. Hoje são reconhecidos e se reconhecem como Educadores, à medida que realiza sua prática compromissada com a comunidade que pertence e atua, para a transformação da realidade local, e conquista de relações mais humanas e igualitárias dentro e fora dos serviços de saúde.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	01
2.REFERENCIAL TEÓRICO.....	04
2.1 Promoção de Saúde.....	04
2.2 Reorientação do Modelo de Atenção à Saúde (PACS e PSF).....	05
2.3 ACS (papel / leis).....	07
2.4. Caracterização do Distrito Sanitário III (Recife).....	08
2.5 Educação Popular em Saúde.....	09
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.....	15
4.1. Desenho do Estudo / Tipo do Estudo	15
4.2 Área do Estudo	15
4.3 Tipos e Fontes de Dados / População do Estudo.....	15
4.4. Instrumentos de Coleta	15
4.5 Categorias de análise (variáveis)	16
4.6 Plano de Análise dos Dados	16
4.7 Aspectos Éticos.....	17
5.RESULTADO E DISCUSSÃO.....	18
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O percurso histórico das práticas e concepções de educação em saúde no Brasil caracterizavam-se pelo autoritarismo, com imposição de normas e de medidas. Na década de 1970, os movimentos populares e alguns setores organizados da sociedade buscavam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, dentre esses movimentos, destaca-se o Movimento da Educação Popular em Saúde.

Com a reorientação dos modelos de atenção básica à saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), e a valorização de ações promocionais, preventivas e de abrangência coletiva fez com que os profissionais de saúde passassem a conviver mais de perto com os problemas de saúde da comunidade e a buscarem novos modos de se relacionarem com a sociedade. Hoje são numerosos os centros e postos de saúde espalhados pelos bairros e povoados em toda a Cidade.

A educação popular em saúde como estratégia de intervenção, visa à modificação do *status quo* da lógica desses serviços de atenção básica. Prioriza a criação de espaços coletivos, no qual a valorização do diálogo e a troca dos saberes, e reflexões entre técnicos e populares são acolhidos e incorporados como processo em construção de conhecimentos e práticas, voltados à superação da lacuna cultural existente entre os serviços e a população.

O fato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ser moradores do bairro onde trabalham e convivem com a realidade local e das práticas de saúde e ter formação a partir de referências de biomedicina, promove neste ator, a possibilidade de um diálogo profundo e bastante rico entre esses dois saberes e práticas. O fato dos ACS compartilharem de um mesmo contexto social, cultural e um mesmo universo lingüístico das pessoas desta

comunidade, facilitam o seu engajamento nas ações de Educação Popular. Nesse sentido, o ACS tem papel relevante de mediador entre o serviço, a comunidade e os diferentes saberes. Estimula a autonomia e compartilha responsabilidades na busca do fortalecimento dos direitos à cidadania e do papel social do coletivo. Sensibiliza e desperta a população para a conquista e reivindicação de novas formas de interação com o meio e para o exercício de controle da própria vida.

Na cidade do Recife, a educação popular em saúde tem sido trabalhada dentro das práticas dos serviços da atenção básica, colocando os ACS como principal ator. A adesão dos mesmos a tais práticas ocorre de forma voluntária, mediante interesse de trabalhar com determinados grupos, cujas composições estão baseadas nos ciclos de vida do ser humano.

O Distrito Sanitário III (DS III) da cidade do Recife, inicialmente, apoiou uma reivindicação destes ACS para um melhor apoio técnico através de capacitação destes profissionais para o desenvolvimento de grupos, em especial, o de adolescentes, e assim foi criado o grupo de formação para o Adolescente Educador em Saúde (AESA). Esses ACS receberam capacitação técnica de profissionais de diversas áreas pautados dentre os princípios da Educação Popular, com a proposta de criar multiplicadores adolescentes dentro da própria comunidade. Essa foi uma iniciativa bastante importante e interessante, vista que surgiu da necessidade dos próprios ACS de trabalhar com este tipo de público e não uma demanda imposta pelo sistema de saúde, sendo assim, uma forma de empoderar e fortalecer condutas e posturas destes profissionais.

Essa iniciativa, de acordo com os resultados positivos que surgiram, cresceu e originou outros grupos, como o Idoso Educador de Saúde (IESA) e o Educadores de Saúde da Mulher (ESAM). Todos esses grupos seguiram processo de formação semelhante do AESA. Os resultados foram tão positivos, que hoje este projeto que iniciou-se no DS III, está sendo desenvolvido para os outros Distrito Sanitários, onde os próprios ACS que já receberam capacitação

juntamente com outras equipes profissionais, são os facilitadores destes cursos.

Como esse projeto teve origem no DS III, e ainda está estabelecendo-se nos outros distritos, resolvemos restringir a nossa pesquisa ao universo deste Distrito Sanitário, que teve como objetivo conhecer e analisar as atividades de Educação Popular desenvolvidas pelos ACS, identificando as expectativas, desejos e motivações, dificuldades e desafios deste atores no desenvolvimento dessas atividades.

Considerando o papel do ACS no processo de resignificação das práticas de saúde junto à comunidade, torna-se relevante o estudo sobre o discurso e prática desse ator no processo de transformação da situação de saúde da comunidade, por meio de ações de educação popular em saúde.

2.REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Promoção de Saúde

Começa a se delinear “o novo paradigma de saúde”. A saúde é produzida socialmente. Assim a promoção de saúde está relacionada com um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida; portanto relaciona as determinações de saúde a dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades para alcançar um desenvolvimento social mais eqüitativo.(SUCUPIRA 2003)

A Promoção de Saúde é responsabilidade dos governos, instituições, grupos comunitários, e dos serviços e profissionais de saúde. A reorganização dos serviços de saúde se apresenta como uma das estratégias para proporcionar ações de promoção da saúde, bem como, as modificações na postura, formação e atitudes dos profissionais, são características para que as necessidades do indivíduo sejam analisadas de forma integral. Para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde é de primordial importância atividades de educação em saúde. (ALBUQUERQUE E STOTZ, 2004).

Uma articulação da promoção da saúde com a vigilância em saúde vai reforçar a construção de consensos na execução das agendas governamentais com a finalidade que as políticas públicas sejam mais favoráveis à saúde e à vida, estimulando e fortalecendo o protagonismo dos cidadãos, justificando dessa forma os preceitos constitucionais da participação social (BRASIL, 2006)

Segundo MARTINS JÚNIOR (2003) viabilizar a mudança com base na promoção de saúde é uma tarefa árdua da Estratégia de Saúde da Família, mas deve ser este o objetivo principal. Os profissionais de saúde deverão intermediar o diálogo entre as informações sobre promoção de saúde já sistematizadas com as informações resultantes da própria vivência das comunidades. Reconhece a impossibilidade de resolver os atuais problemas de

saúde apenas com conhecimentos biomédicos, destacando a necessidade fundamental do uso do diálogo contínuo com a comunidade.

2.2 Reorientação do Modelo de Atenção à Saúde (PACS e PSF)

Com o objetivo de criar oportunidades para as mulheres na área da seca e de contribuir para a queda mortalidade infantil, surgem as primeiras experiências dos ACS como uma estratégia de saúde pública estruturada, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança, no Estado do Ceará em 1987. Esta estratégia expandiu-se rapidamente por todo estado atingindo quase todos os municípios em três anos, revelando-se uma experiência positiva foi absorvida pelo Ministério da saúde (MS) em 1991. As primeiras experiências do PSF, também surgiram no Ceará em janeiro de 1994, sendo incorporadas pelo MS em março deste mesmo ano, como estratégias de reorganização da atenção básica no país. A partir daí o Programa de Agentes Comunitários (PACS) passou a ser incorporado pelo PSF. (TOMAZ 2002)

Desde a década de 1990, o sistema de saúde brasileiro vem orientando a política de saúde para priorizar a atenção básica. A partir de 1991 o Ministério da Saúde começa a implementar o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que em 1992 passa a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, estimulado pela experiência do Programa Médico de Família desenvolvido pelo Município de Niterói, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF). Todos estes programas estavam vinculados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), até que, em 1995, o PACS e o PSF foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Em meados de 1999 estes programas passaram para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e neste mesmo ano, o governo federal define as atribuições do ACS, no Decreto nº 3.189, onde estabelece que ao ACS cabe desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. (STOTZ e BORNSTEIN, 2006)

Duas questões são relevante no processo de implantação do PACS : a escolha do Agente (envolvendo questões como processo seletivo, capacitação, avaliação etc.) e as condições institucionais de gestão da saúde no nível local (grau de participação do usuário - formação de Conselhos de Saúde, grau de autonomia de gestão financeira, recursos humanos e capacidade instalada disponíveis, etc). Dessa forma ele não constitui apenas mais um programa vertical do Ministério da Saúde, tem sido também um braço auxiliar no sistema de saúde na organização dos sistemas locais de saúde. Ressaltando-se que não foi simplesmente por ter definido essa estratégia de implantação que fez desse programa um instrumento de reorganização do sistema de saúde , mas principalmente pelo grau de articulação que este se desenvolveu com os níveis estadual e municipal, além do papel desempenhados pelos atores participantes do processo de implementação do programa. (DAL POZ e VIANA,1999)

O PACS é o marco para a transformação do modelo assistencial de saúde, saindo de uma prática hospitalocêntrica caracterizada essencialmente por consultas médicas, medicalização da doença e centrada nos hospitais, para uma saúde com cunhos sociais baseada em compromissos e responsabilidades para com a população, visando a resolutividade e a integralidade da assistência, fazendo á saúde sair de dentro das unidades rumo ás comunidades, democratizando dessa forma, a acessibilidade da informação. (OLIVEIRA et al, 2003)

A partir de 1997 o PACS e o PSF destacam-se como prioridades no plano de metas do Ministério da Saúde sendo o PACS considerado uma estratégia transitória para o PSF. O PSF se apresenta como uma estratégia que visa a orientação assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência, por um modelo, onde as principais característica são o enfoque na família a partir do seu ambiente físico e social, como unidades de ação; adscrição da clientela pela definição do território de abrangência da equipe; estruturação da equipe multiprofissional; ação preventiva em saúde; detecção de necessidades da população ao invés de ênfase na demanda espontânea e a atuação intestorial com vistas para a promoção de saúde. (STOTZ BORNSTEIN, 2006)

2.2 ACS (papel / leis)

São considerados requisitos para o ACS: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades. (CONASS, 2003)

O ACS tem uma missão social bem clara, pois se identifica com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em virtude da melhoria das condições de vida e de saúde, apoiada pela ação governamental. (SOUZA ,2003)

Segundo o Guia Prático do PSF 27, o candidato à vaga de ACS não necessita ter conhecimentos prévios na área de saúde. Após sua aprovação, ele receberá treinamento introdutório sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão do seu enfermeiro/supervisor. A conclusão do ensino fundamental passa a ser uma exigência a partir da aprovação da Lei nº 10.507/ julho 2002, que criou a profissão dos ACS e nesta mesma Lei é colocada a exigência de haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para sua formação. Ao Ministério da Saúde cabe definir o conteúdo programático deste curso. (STOTZ e BORNSTEIN, 2006).

Ainda de acordo com STOTZ e BORNSTEIN (2006) a consolidação do SUS está interligada a um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o engajamento de diferentes atores, incluindo os próprios ACS, que sem dúvida, apresentam um papel fundamental. Na realidade, o ACS precisa incorporar-se de fato ao sistema de saúde, fazer parte efetivamente das equipes de saúde da família, devendo participar das diferentes ações, na dimensão técnico-assistencial ou político-social. Por ausência de uma clara delimitação de suas funções, seu papel tem sido confundido, sobrecarregando muitas vezes seu trabalho. Toda ação que precise ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é sempre destinada ao ACS. “Isso tem implicação direta no processo inadequado de qualificação, pois passa a receber diversos micro-

treinamentos, fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma seqüência lógica.”

A Proposta de Emenda Constitucional (PEC/103) foi criada para resolver os problemas da precarização das relações de trabalho dos ACS. A PEC foi promulgada no dia 8 de fevereiro de 2006 e deixou de ser proposta e virou a Emenda Constitucional 51/2006. Dessa forma foi criado na Constituição Federal a figura do processo seletivo público excepcionalmente para os ACS e os Agentes de Combate as Endemias, que antes por lei só era reconhecido o concurso público, os outros tipos de seleção eram para contrato temporário, excepcionalmente para os ACS e os Agentes de Combate as Endemias.

2.4. Caracterização do Distrito Sanitário III (Recife)

Recife, capital do estado de Pernambuco, é o município de referência da Região Metropolitana do Recife que é composta por 14 municípios, ocupa a área de 219,493 km² com uma população residente de (2000): 1.422.905 habitantes, correspondendo a 43% da população da Região Metropolitana. A densidade demográfica é de 64,78 (hab/há). Dividida em 96 bairros e 6 Distritos Sanitários.

O Distrito Sanitário III envolve o maior numero de bairros da cidade do Recife, totalizando 29, localizados na região Noroeste desta cidade, com uma população estimada de 270 mil habitantes (IBGE, 2000) com a sede localizada na Rua Fernando de Souza Caeté, 301 no Bairro Casa Amarela.

Apresenta em sua área geográfica 3 Políclínicas, 1 Maternidade, 1 Hospital Pediátrico, 2 Unidades Especializadas, 7 Unidades Tradicionais, 3 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 Projetos Reabilitar, 3 Academias da Cidade, 21 Unidades de Saúde da Família (USF).

2.5 Educação Popular em Saúde.

O Brasil foi pioneiro na construção do método de Educação Popular o que justifica em parte a sua importância na redefinição das práticas sociais dentre os mais variados campos do saber. Na década de 1950 ela começou a se estruturar junto aos intelectuais e educadores ligados igreja católica que foram inspirados pelo humanismo personalista da Europa pós-guerra, que se dedicavam às questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho da sistematização teórica da Educação Popular, seu livro “Pedagogia do Oprimido” datado de 1966, tem grandes repercussões mundiais. (VASCONCELOS, 2004).

Amplamente praticada nos países da América Latina, sobretudo no Brasil, a educação popular engloba, além da alfabetização, a busca da conscientização do cidadão e a igualdade social. O pernambucano, Paulo Freire, desde a década de 60 lutava para acabar com a desigualdade. Vem dele a inspiração usada por italianos, espanhóis, finlandeses, alemães, americanos e até japoneses para lidar com seus excluídos, baseados nos princípios da “pedagogia do oprimido”. Segundo dados recentes do instituto Paulo Freire, de São Paulo, a América Latina continua a ser a região com o maior número de centros dedicados ao estudo e aplicação da educação popular, tendo um aumento significativo do número de países europeus que procuram o instituto através de projetos e referências. (LIGUABE, 2005)

Os rumos atuais da Educação Popular no Brasil são pautados pelo Protagonismo e Diversidade. Deve-se ir além de proporcionar apenas a ferramenta da leitura para o indivíduo, segundo os educadores é necessário que ele a use de forma crítica. A atual meta da educação popular é a inclusão social, ou seja o indivíduo como autor dessa inclusão. Esse indivíduo excluído é que tem que estar apto a lutar pelo seus direitos. A busca pela necessidade de inclusão e o resgate da cidadania permitiu que a educação popular ultrapassasse os limites da escolarização e se enveredasse por vários segmentos. No começo o grande sustentáculo eram os movimentos populares estendendo-se com o decorrer dos tempos para os movimentos sociais mais

amplos: dos direitos humanos, pela paz, em defesa do meio ambiente, de gênero. E o educador popular será o meio de despertar esse sentimento em sua comunidade. (LIGUABE, 2005)

Pode-se considerar que grande contribuição neste processo decorre das idéias de Paulo Freire, que em suas obras compreende que “a educação é essencialmente um ato de conhecimento e de conscientização e que, por si só, não leva uma sociedade a se libertar da opressão, sendo que a mesma sempre é um ato político”. A ação pedagógica não se restringe à escola, a organização da sociedade é também missão do educador. E, para isso, o seu método, a sua estratégia é muito mais a desobediência, o *conflito*, a *suspeita* do que o diálogo (FREIRE, 1979).

Segundo Paulo Freire “ninguém educa ninguém e ninguém se educa inteiramente sozinho”. A educação jamais é uma dádiva, uma doação das pessoas que tem conhecimento àquelas que não tem, mas um desafio que é a própria realidade. Não existe a possibilidade de ensinar sem aprender. Cabe ao educador aprender juntamente com o educando a realidade dos grupos em que vai atuar, viabilizando desta forma ao educando o conhecimento de si e de seu cotidiano, o que anteriormente não era percebido, pois o educando apresenta uma consciência fragmentária resultado de séculos de exploração marginalização. O papel do educador é importante na medida em que possui conhecimento mais elaborado e sistematizado do que o educando e deverá adotar junto a este uma prática, uma postura de aproximação à realidade vivida, promovendo uma educação mais democrática e libertadora. (OLIVEIRA 1989)

FREIRE (1979) chama atenção da importância do compromisso pessoal na educação a partir do momento em que percebe o diálogo como sendo o encontro que funde o refletir e o agir dos seus sujeitos direcionados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode simplesmente reduzir-se ao depósito de idéias de um sujeito no outro (educação bancária) nem tampouco troca de idéias a serem absorvidas pelos permutantes. Não há

diálogo se não houver envolvimento de sentimentos profundos ao mundo e aos homens.

Desde 1970 a Educação Popular tem sido trabalhada na área de saúde. No começo através de atividades pontuais mais periféricas e a partir de 1988 com o SUS, a concepção de Educação Popular em Saúde começa a se disseminar em vários espaços de produção da saúde como a educação, o trabalho e a gestão de saúde. (SILVAN, 2002)

Para VASCONCELOS (2004), a Educação Popular é um importante instrumento metodológico para uma reorganização mais radical do SUS, no sentido da construção de uma atenção á saúde integral em que os indivíduos e os grupos sociais assumam uma maior autonomia nas decisões sobre sua saúde e suas vidas, onde proporcione uma transformação da visão do modelo biomédico dominante no cotidiano de suas práticas. Nesse entendimento a Educação Popular não é mais uma atividade a ser implementada nos serviços, mas uma reorientação de todas as práticas ali desenvolvidas na proporção que estimula e investe na participação popular fortalecendo os questionamentos e a criticidade dessa categoria.

A educação popular em saúde transcende em muito o espaço institucional reduzido e os poucos recursos que tem conseguido dentro dos serviços de saúde, mesmo dentro dos projetos com abordagem “comunitária” como o PSF. Ela problematiza o conhecimento do mundo (forma de cognição, relações entre o saber e poder, relações entre o conhecimento e ética); e também problematiza o encontro com o outro (seja na ação social em saúde ou nas pesquisas) ao reconhecer saberes, culturas e poderes onde somente eram observadas ignorâncias, carências e vítimas. (ALMEIDA 1999)

De acordo com ALVES (2005) A relação educativa com a população tem sido bastante valorizada pelo movimento da Educação Popular em Saúde, destituindo a verticalidade da relação profissional – usuário. Buscam-se a evidenciação e compreensão do saber popular através do uso do diálogo das trocas interpessoais e pelas iniciativas da população e usuários. Apresentando

uma metodologia inversa às práticas educativas tradicionais, permitindo que usuário deixe de ser visto como um sujeito passivo no processo de saúde - doença – cuidado, tornando-se um ser reflexivo e crítico capaz de buscar junto ao serviço de saúde diferentes estratégias para compreensão e modificação no enfrentamento de sua realidade.

Os Gestores enfatizam nos seus discursos a importância da ação educativa e da promoção de saúde, mas pouco se tem investido politicamente no fortalecimento e na difusão do saber da Educação Popular para o acolhimento da participação popular nas práticas dos serviços de saúde. As prefeituras municipais de Recife e Camaragibe tem sido pioneiras na valorização de investimentos, tanto na formação profissional, para a transformação do cotidiano tradicional das práticas de saúde, como também na criação de infra-estrutura que visem garantias de condições materiais e administrativas para o desenvolvimento de atividades educativas. A partir dessas experiências nesses municípios, hoje existe mais estrutura nas estratégias políticas e administrativas para a utilização da Educação Popular como instrumento de gestão de políticas sociais. (VASCONCELOS ,2004)

Segundo ALBUQUERQUE e STOTZ (2004) A educação popular pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas e serviços de saúde. Dentro do seu ideal teórico, valorizando o saber do outro, compreendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva e tendo sido utilizada pelos serviços buscando um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas.

Na década 1990, os profissionais de área de saúde envolvidos com práticas de Educação Popular, organizaram a Rede de Educação Popular, com a finalidade de fortalecer as discussões sobre as relações educativas nos serviços de saúde tornando-se desse modo, uma destacada organização social institucional no campo da educação em saúde, foram organizados encontros em vários estados, em congressos nacionais, proporcionando espaços significativos de reflexões sobre o tema, sendo criados também grupos acadêmicos e operativos. Mas ainda é considerada uma estruturação muito

frágil, tendo em vista o grande número de profissionais de saúde que se dedicam e se preocupam com relações educativas com a população. (VASCONCELOS, 2004)

No final dos anos 90 em Pernambuco, foi com os recursos do Projeto Nordeste que se iniciou a estruturação das ações de educação popular em saúde e a criação dos núcleos de educação popular em saúde. Foi um começo, mas mesmo assim, ainda foi muito pequeno o número de profissionais capacitados quando comparado com o conjunto de trabalhadores do sistema. (ALBUQUERQUE e STOTZ, 2004).

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Analisar o papel do ACS, enquanto educador popular em saúde, para a transformação da situação de saúde da comunidade.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a concepção de saúde do ACS, engajado em ações de educação popular em saúde, no Distrito sanitário III da cidade do Recife.
- Analisar as atividades de Educação Popular em Saúde desenvolvidas pelo ACS.
- Analisar as expectativas, desejos, motivações, dificuldades e desafios do ACS em relação ao trabalho de educação popular em saúde.

4– Procedimentos Metodológicos

4.1. Desenho do Estudo / Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa exploratória.

4.2. Área do Estudo

O presente estudo foi realizado entre os meses de outubro e dezembro de 2006, no Distrito Sanitário III, na cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, Brasil.

4.3. Tipos e Fontes de Dados / População do Estudo

Os dados trabalhados neste estudo foram do tipo primário, fornecidos por 13 ACS envolvidos em ações de educação popular em saúde que compuseram a amostra do estudo.

A amostra foi do tipo intencional, visto que os ACS que participaram do estudo, foram indicados pela coordenação de educação popular do Distrito Sanitários III (DSIII) do Recife. A escolha de uma amostra intencional deu-se ao fato de que a ação de Educação Popular em Saúde por parte dos ACS é realizada de forma voluntária, reconhecida pelo DS, não sendo uma atribuição obrigatória dos mesmos.

4.4. Instrumentos de Coleta

Para estabelecer os primeiros contatos com os ACS a serem entrevistados, foi realizada uma visita junto com a Coordenação de Educação Popular em Saúde do DS III, a um encontro entre os ACS deste distrito engajados no movimento de Educação Popular em Saúde. Neste encontro ocorreram apresentações dos ACS, locais de atuação. O agendamento das

entrevistas foi de acordo com suas disponibilidades de dias e horários desses profissionais.

Para a obtenção dos dados, foram realizadas visitas a Postos Tradicionais de Saúde e a PSF's, sede de referência de trabalho dos ACS, localizados no Distrito Sanitário III na cidade do Recife, onde foram realizadas entrevistas gravadas, baseadas num roteiro de entrevistas semi-estruturado com perguntas abertas (Anexo A), com o intuito de aprimorar os dados coletados as entrevistas foram realizadas coletivamente em rodas de conversa, com os ACS participantes dos respectivos locais de trabalho. Em algumas ocasiões utilizou-se também o recurso do caderno de campo.

4.5. Categorias de análise (variáveis)

Nas entrevistas gravadas, foram abordados temas como: concepções dos ACS sobre a saúde; as atividades desenvolvidas de educação popular em saúde; relacionamento com equipe; rotina de trabalho; dificuldades, desafios motivações, expectativas e desejos quanto às ações de educação popular em saúde desenvolvida por eles.

4.6. Plano de Análise dos Dados

Para a análise dos dados, obtidos das respostas das entrevistas, foi tomado como base o método de análise de conteúdo que, segundo Bardin (1979 apud MINAYO, 2000), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / reprodução das mensagens.

Ao se estabelecer relações da proposição de Bardin, inspirado em Minayo (2000), foram realizados os seguintes passos: 1. ordenação dos dados: todo o material coletado nas entrevistas foi minuciosamente transcrito, e foram

selecionados fragmentos das falas que permitiram a elaboração de uma síntese das entrevistas; 2. classificação dos dados: a partir dos fragmentos das falas selecionados, elaborou-se uma categorização de eixos temáticos para análise dos dados, identificando convergências, divergências e complementaridades; 3. análise final: foram realizados a interpretação dos resultados enfocando as idéias, pensamentos e sentimentos que tiveram relação com tema de estudo.

5– Aspectos Éticos (Res. 196/1996 – CNS)

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – CPqAM/FIOCRUZ, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi iniciado a coleta de dados para o estudo qualitativo. Todos os indivíduos solicitados a participar da pesquisa foram primeiramente informados do que se trata o estudo, sua finalidade e, concordando em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) antes de fornecerem os dados requeridos no trabalho, ressaltando que este instrumento garantirá, aos mesmos, sigilo quanto às informações pessoais repassadas.

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um momento anterior à realização das entrevistas, participou-se de um encontro de acontecimento rotineiro dos ACS com a coordenação de Educação Popular. Esse encontro é realizado mensalmente na residência de um dos ACS que se oferece para esse acolhimento, sempre realizados em sistema de rodízios e geralmente são mediados pela equipe de Educação Popular. Uma reunião que funciona para supervisão e acompanhamento do desenvolvimento dos grupos AESA, IESA e ESAM, para troca de experiências desses grupos, planejamento de ações conjuntas, como campanhas e eventos sempre em clima de confraternização, onde geralmente é finalizado com um almoço com participação de todos.

Observou-se nessa reunião, grande entrosamento e solidariedade entre esses profissionais. Ocorreram as apresentações formais e nesse momento houve um esclarecimento desta pesquisa, deixando explicados os objetivos principais. Foram abordados vários temas inclusive um evento que estava para acontecer em breve como a vigília que é realizada nos bairros sobre “o combate da violência à mulher”. Foi possível assim observar a organização desse grupo e a disponibilidade para participação dessas ações.

“Olha, podemos apresentar a nossa peça de teatro na abertura lá no AMÊM. Pensei na peça porque ela já existe e fala sobre esse assunto e só falta ensaiar...”
(ACS do ESAM)

“Para agente conseguir um maior número do nosso pessoal, alguns representantes daqui poderiam falar para os outros ACS da importância de ir a esse encontro..., já que não vai ter problema lá com o curso porque vamos ser liberadas para isso, então todo mundo deveria ir.”
(ACS do ESAM)

A gestão participativa deve ser promovida pelo SUS agregando legitimidade às ações de governo, criando espaços coletivos de formulação conjunta das políticas de saúde, proporcionando maior sustentação para os programas e políticas propostas, dessa forma assegura a inclusão de novos atores políticos e possibilita a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários, movimentos sociais e entidades da sociedade, ampliando, desse modo, a esfera pública e conferindo maior densidade ao processo de redemocratização da sociedade brasileira.(PORTAL SAÚDE)

A coordenação de Educação Popular, que faz parte da gestão dessa política, mediando esse encontro assume uma postura desafiadora e estimulante para que os ACS busquem afirmar e conquistar espaços de discussão e diálogo dentro dos serviços de saúde. Tem também papel fundamental no incentivo à participação dos ACS à consolidação do seu espaço como Educadoras, destacando a importância dessa atuação em muitos locais dos serviços de saúde como o AMÊM, e que a saúde pública necessitava ser reconstruída inserindo também o saber popular, com o olhar dos ACS. Sempre com o posicionamento de instigar os ACS traz para reflexão o papel dos “Educadores” (AESA, ESAM E IESA), na construção desses espaços para haver um posicionamento desses atores e não para serem engolidos novamente pelo saber científico.

“As vezes é difícil tem profissional da equipe que não quer entender o nosso trabalho então a gente vai medir força com eles é?”

(ACS AESA)

“A gente sabe que na teoria somos iguais na equipe de trabalho mas na prática funciona diferente esses profissionais da equipe não querem entender”

(ACS IESA)

“Tem profissional que está lá que a gente sabe que é pelo dinheiro...não pelo fato de gostar do trabalho que faz..tendo esse problema de identificação do serviço apenas pelo dinheiro, eles faltam muito.”

(ACS AESA)

A Promoção de Saúde é responsabilidade dos governos, instituições, grupos comunitários, e dos serviços e profissionais de saúde. A reorganização dos serviços de saúde se apresenta como uma das estratégias para proporcionar ações de promoção da saúde, bem como, as modificações na postura, formação e atitudes dos profissionais, são características para que as necessidades do indivíduo sejam analisadas de forma integral. Para garantir a promoção, a qualidade de vida e a saúde é de primordial importância atividades de educação em saúde. (ALBUQUERQUE E STOTZ, 2004).

OS ACS são constantemente estimulados a assumir seu papel de educador, a levar para discussões as questões problemáticas das comunidades para serem debatidas dentro dos espaços do PSF, centros de Saúde etc. A coordenação também colocou a preocupação em relação a possibilidade de no futuro entrar outra gestão e que esses “ACS Educadores”, precisavam se apropriar desses espaços e se fortalecer para ocorrer esse possível enfrentamento.

Foi sem dúvida uma reunião muito rica para a pesquisa pois percebeu-se o quanto os ACS estão bem assessoradas pela equipe de Educação Popular em Saúde procurando despertar a todo momento sentimentos de empoderamento, valorização de suas histórias de vida, do conhecimento popular da própria comunidade , de reflexões sobre o seu papel de “Educador” e sobre a questão de ocupar “não o espaço que lhe dão , mas o espaço que é seu”.

Segundo Paulo Freire “ninguém educa ninguém e ninguém se educa inteiramente sozinho”. A educação jamais é uma dádiva, uma doação das pessoas que tem conhecimento àquelas que não tem, mas um desafio que é a própria realidade. Não existe a possibilidade de ensinar sem aprender. Cabe ao educador aprender juntamente com o educando a realidade dos grupos em que vai atuar, viabilizando desta forma ao educando o conhecimento de si e de seu cotidiano, o que anteriormente não era percebido, pois o educando apresenta uma consciência fragmentária resultado de séculos de exploração marginalização. O papel do educador é importante na medida em que possui

conhecimento mais elaborado e sistematizado do que o educando e deverá adotar junto a este uma prática, uma postura de aproximação à realidade vivida, promovendo uma educação mais democrática e libertadora. (OLIVEIRA 1989)

As reuniões são significativas dentro de uma compreensão de construção de profissionais mais conscientes da sua função e passa também pelos princípios da educação popular que é a avaliação, a análise do processo de como se está desenvolvendo uma consciência crítica dos participantes desse processo educativo.

Durante as entrevistas houve um bom acolhimento em todos os locais passados, não só dos ACS, mas de outros profissionais que compunham a equipe. Foram observados a estrutura física dos lugares que apesar de simples apresentaram boa localização, higiene com áreas ventiladas e de bom espaço para reuniões com os grupos de educação que desenvolvem.

A maioria dos ACS entrevistados era do sexo feminino, percebe-se uma maior sensibilização e mobilização de mulheres nessas atividades comunitária, devendo ser analisado dentro desse contexto o papel da mulher como “cuidadora” levando em consideração a formação, os valores e os costumes da sociedade.

No trabalho com os grupos de educadores com a comunidade, AESA, IESA e ESAM as rotinas de trabalhos dos grupos são semanais ou quinzenais a depender da disponibilidade dos integrantes, e são realizadas na própria unidade de saúde nas salas de reuniões ou locais cedidos pela comunidade, nos turnos da manhã ou da tarde.

“... é semanal, é semanal, cada grupo tem a sua forma de trabalhar, a maioria dos grupos são semanais, toda a segunda-feira a tarde, toda segunda pela manhã, toda quinta, depende da comunidade que está indo, como é que fica melhor, qual é o melhor cronograma...”

(ACS ESAM)

“... e o AESA nós fazemos toda a semana de manhã e de tarde, por que alguns adolescentes estudam a tarde, então a gente tem que fazer um pela manhã.”
(ACS do AESA)

“... é muito difícil formar o grupo, um grupo de mulheres, a mulher tem hora pra lavar, passar, levar os meninos, daí ela tem que tirar um tempo pra ela, mas isso é difícil, é da cultura, não vem de hoje,[...],ai deixamos elas a vontade para decidirem qual é o melhor horário a melhor data e que queriam discutir nos módulos, mas mesmo assim, [...], a gente tem muita dificuldade de juntar essas mulheres para o grupo”.
(ACS ESAM)

É de fundamental importância que o funcionamento dos grupos se baseie em práticas constantes de planejamento e revisão de suas atividades, num ambiente que incentive e permita o auto-questionamento das mais variadas visões da realidade, dos objetivos dos grupos e de suas próprias ações. (VASCONCELOS,1997)

As atividades educativas são desenvolvidas a partir de interesses e necessidades percebidos pelos moradores, o que não significa abrir mão de sugerir outros temas e atividades por parte dos organizadores. No entanto essa sugestão pode ser analisada e refletida pelo grupo estabelecendo as prioridades, para então ser incorporada à atividade.(ACIOLI et al, 2002)

São os próprios ACS os organizadores desses grupos, no curso de formação de Educação Popular eles aprenderam a planejar, organizar, avaliar fazer dinâmicas, sobre terapia, sobre temas a serem trabalhados, aprenderam também que as pessoas tem conhecimentos importantes através das histórias de vida de cada um e do coletivo. As abordagens dos temas são flexíveis, podendo ser levados pelos próprios comunitários.

“..., Ah, eu aprendi muita coisa nos cursos, agora eu tenho mais firmeza para passar o meu conhecimento e fazer os grupos, valorizar o que é do outro...”
(ACS IESA)

“As vezes a gente chega lá com um tema preparado por exemplo falar sobre drogas e aí um dos adolescente viu na televisão sobre a pena de morte e a gente passou a tarde discutindo sobre esse tema, porque todos se interessaram e adiou o tema de drogas, mas a gente discutiu uma coisa que era interessante para eles... o importante é prender a atenção deles”

(ACS AESA)

“O reconhecimento e a valorização dos sujeitos em coletivos pressupõem que não haja hierarquia dos saberes, mas que os diferentes saberes possam estar a serviço da emancipação”. Portanto, O saber não pode ser utilizado como instrumento de poder. É primordial que os processos de Educação Popular sejam um exercício de autonomia e auto-afirmação, com a finalidade de provocar transformações que partam dos sujeitos e seus coletivos, dos saberes e dos interesses envolvidos. (OFICINA 26)

Contam também com a participação quando necessária de outros membros da equipe profissional. Ficou claro que existem ainda profissionais no nível “superior” resistente a aceitarem os ACS como Educadores , mas, também observamos pela expressão do grupo que essa resistência tem diminuído em virtude dos posicionamento firmes desses educadores, e que muitos destes profissionais que apresentavam receio encontram neles hoje a parceria e apoio.

“Olha a gente enfrenta muitos problemas, às vezes da nossa equipe às vezes de outras equipes, a gente tem pessoas desses três projetos, dos outros projetos que deixaram de participar por falta de apoio, e por conta até de pessoas obtusas dentro da equipe, dizendo que aquilo ali não ia dar certo, que a gente deveria fazer o trabalho de Agente de Saúde, e aqui dentro da equipe.”

(ACS AESA)

“a gente no começo enfrentou aqui muita dificuldade, não por conta da médica, mas da enfermeira, ela não queria que a gente fosse para as reuniões,[...], e eu tinha a plena convicção de que eu estava fazendo um trabalho que iria ajudar muito a minha comunidade, e eu não prestava contas por que sabia que a equipe de saúde da família não tem chefe,[..], então eu sempre ia pra reunião mesmo, que não quisessem, [...] e

eu fui Insistindo, insistindo, insistindo, que hoje ela é uma parceira, ela viu que o realmente trabalho era necessário, é um trabalho que vem se consolidando dentro de um tempo. e hoje quando vai ter algum tema assim, por exemplo, gravidez na adolescência é ela quem vai, faz dinâmica é super interessante, hoje eu posso dizer que a minha equipe é uma equipe... formada”.

(ACS AESA)

“É um trabalho da gente, ninguém se mete...se for para ajudar eles vem..mas se for para atrapalhar aí não vem não...espero que não venha”

(ACS ESAM)

“Quando abriu este posto há 2 anos, veio tudo junto, veio PSF, que aqui era uma coisa que não tinha, mudou tudo, mudou totalmente, Eu era só ACS na área, eu era do PACS... e depois que veio tudo junto, como eu disse, que abriu PSF, que contrataram mais Agente de Saúde, auxiliares e técnicos, tudo mudou para melhor. não tinha um médico pra discutir, não tinha nada, o pessoal saia quilômetros pra achar um posto de saúde mais próximo [...] e isso se reflete dentro da comunidade, como eu hoje tenho uma postura melhor para falar melhor com eles, para chamar para o grupo “ vamos para o grupo levantar o astral mulher”; então é assim, melhorou bastante.

(ACS ESAM)

A educação popular em saúde transcende em muito o espaço institucional reduzido e os poucos recursos que tem conseguido dentro dos serviços de saúde, mesmo dentro dos projetos com abordagem “comunitária” como o PSF. Ela problematiza o conhecimento do mundo (forma de cognição, relações entre o saber e poder, relações entre o conhecimento e ética); e também problematiza o encontro com o outro (seja na ação social em saúde ou nas pesquisas) ao reconhecer saberes, culturas e poderes onde somente eram observadas ignorâncias, carências e vítimas. (ALMEIDA 1999)

Observou-se ainda que ocorreram deficiência de recursos materiais para o desenvolvimento dessas atividades de grupo, porém esse fator não estabelece um empecilho para a realização desse evento. Os ACS continuam mobilizados por seus ideais e força de vontade aproveitando recursos alternativos e muitas vezes recursos próprios.

“... é complicado falar de recursos, a gente teve o apoio muito grande na gestão da Dra. Paulette e até depois da gestão dela, a gente teve apoio da própria prefeitura, mas a gente saber que a prefeitura tem um limite de recursos [...] e falta muita coisa, o recurso que a gente tem ... são cartazes velhos de campanha que já passou, a gente pega os cartazes velhos e usa as costas do cartaz é tudo, muita coisa, a gente usa do próprio recurso da gente.”

(ACS do AESA)

“[...] a maioria dos recursos vem de nós mesmo. A gente reutiliza muito, muito, aqui muita coisa é reaproveitado, lixo aqui é uma questão fundamental, é um bem muito importante pra gente”.

(ACS do ESAM)

“A gente tem muita dificuldade..porque se tudo que a gente quiser ou precisar for atrás do distrito a gente não vai conseguir muita coisa com eles ... a gente procura fazer criar alternativas e também é isso aí... é pra vir do distrito mas nunca vem.. a gente então não usa material para fazer atividade, faz mais palestras mesmo ou dinâmicas”

(ACS IESA)

FREIRE (1979) chama atenção da importância do compromisso pessoal na educação a partir do momento em que percebe o diálogo como sendo o encontro que funde o refletir e o agir dos seus sujeitos direcionados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode simplesmente reduzir-se ao depósito de idéias de um sujeito no outro (educação bancária) nem tampouco troca de idéias a serem absorvidas pelos permutantes. Não há diálogo se não houver envolvimento de sentimentos profundos ao mundo e aos homens.

Mostraram-se bastante conscientes do seu papel de Educador, descrevendo práticas reflexivas, críticas e democráticas de atuação. Encaram seu trabalho com grande responsabilidade e dedicação. Se reconhecem

também como comunitários além de profissionais de saúde comprometidos em contribuir com a longa caminhada para a transformação social.

“Então é bem interessante, a gente vê, que o agente de saúde já existe essa diferenciação, de o agente de saúde que já tomou pra si essa missão, ele vê que ele tem um papel para mudar a comunidade em que ele vive, que é melhor que ele trabalhe pra mudar do que ele saia dali e que não vai adiantar nada que aonde ele chegar ele vai ver que a violência dá onde ele morava também vai chegar aonde ele mora agora, [...], e os que até agora não assumiram, a gente está pescando”.

(ACS AESA)

“Agora eu estou na posição de educador e de educando,..., assim como o professor é aluno o aluno é professor, [...] todo o dia nós estamos aprendendo alguma coisa com o outro, uma experiência nova, todo dia tem alguma coisa...”

(ACS IESA).

“Na verdade a gente representa os dois lados, nós somos a secretaria de saúde dentro da comunidade e nós também somos a sociedade não podemos ser excluídos dessa realidade então temos que ter muita responsabilidade quando incentivamos as pessoas a mudarem”

(ACS ESAM)

Como os ACS são pessoas do povo e assemelham-se nas características e anseios deste povo preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades dessa população. Sem dúvidas os “Agentes” são uma mola propulsora para a consolidação do SUS e para a organização das comunidades . (Brasil, 1991)

Apresentaram boa percepção sobre temas diversificados como saúde, cidadania, educação com abordagens dentro da realidade cotidiana. Em se tratando das concepções de saúde dos ACS nota-se que esta é composta por conhecimentos científicos e populares, construídos através da práxis no campo da saúde. O conhecimento das condições, usos e costumes dentro da comunidade é de fundamental importância para articulação de estratégias e possibilidades de ação.

“O conceito que a gente tem de pessoas saudáveis, que a gente sempre tem, é aquela pessoa que realmente tem uma estrutura familiar melhor, uma casa melhorzinha, a pessoa acaba vivendo bem, bem melhor que os outros... então a qualidade de vida é melhor, isso é saúde, é ter um bem estar social, ter condições de passear no fim de semana”.

(ACS ESAM)

“Minha visão é a prevenção mesmo, é evitar que a pessoa adoça, e o que precisa ter pra prevenção”?

(ACS IESA)

“No meu ponto de vista, [...], saúde é qualidade de vida, saúde é você ter moradia digna, saúde é ter saneamento básico, enfim, saúde é tudo e nesse nosso trabalho coma saúde é estimular o máximo que as pessoas participem das, ... caminhadas daqui da comunidade, a questão do meio ambiente, a questão do lixo, enfim, eu acho que saúde é cuidar da prevenção, principalmente é dar melhor qualidade de vida as pessoa.”

(ACS ESAM)

“pra mim, eu acho que é moradia, lazer, é você saber o seus direitos,..., tem gente que fala que saúde é ausência de doença, mas a pessoa tá mal de saúde também se não tem uma boa alimentação, não tem emprego, e sofre muita violência, né?”

(ACS AESA)

A educação por si só não cumpre o papel da transformação estrutural que assegure a qualidade de vida, mas não restam dúvidas que contribui para sua efetivação. Diante desse fato os ACS como mediadores dessas ações na comunidade começam a estimular nesses indivíduos e na coletividade mudanças positivas de comportamento.

“...a gente fica livre, para trabalhar qualquer tema, no começo a gente sempre diz no grupo, é quando a gente faz os círculos de cultura no primeiro dia, a gente faz uma formação de grupo, a gente vai discutir a necessidade da comunidade, o que é que a comunidade tem hoje, o que é que precisa ter?; o que ela não tem?; o que

conseguiu manter, quem proporcionou essas mudanças, quem pode proporcionar mais mudanças; tudo o que depende da gente na comunidade para mudar”.

(ACS AESA)

“e os temas que a gente aborda no grupo são temas que... a gente sempre bate nessa mesma tecla, a gente não vai dar aula, aqui não é uma segunda escola, a gente vai fazer uma reunião, e a gente vai discutir o que é que a gente sabe, o que cada um sabe sobre determinado assunto, as diferentes concepções dos adolescentes;”

(ACS do AESA)

Encontraram-se bastante motivados dentro dos trabalhos que estão realizando, reconhecem e vivenciam todo um processo de mudanças pessoais na transformação de atitudes e posturas após a capacitação como Educadores: julgam-se mais fortalecidos, qualificados, mais conscientes de seus potenciais e expressam a importância dessa participação.

“A minha motivação é saber que eu faço parte dessa construção é... saber que quando eu estou passando eu estou aprendendo..., a gente ta trocando nossas experiências”.

(ACS AESA)

“...a motivação é ver que eles estão aprendendo, eles estão reivindicando no hospital o seus direitos, isso faz a gente ver que eles estão aproveitando os grupos.”

(ACS IESA)

“Tem alguns exemplos que fazem nosso trabalho valer a pena, é que eu conversando com uma senhora que ela é hipertensa, há muitos anos e ela ia pro médico, cardiologista, e ele dizia há dez anos que ela tinha que caminhar,..., então eu numa conversa, numa manhã aquela coisa de educação mesmo.... o explicar o porquê, ai eu ouvi ela dizer, no grupo da terceira idade, que tinha um jovem que fez ela caminhar e ela agradeceu, então é exatamente isso, como esse depoimento, quando a gente consegue um resultado positivo, a gente acaba vendo que o trabalho vale a pena.”

(ACS AESA)

“ Fomos em um outro distrito mostrar como funciona as nossas atividades e vimos que os ACS lá eram profissionais apáticos, ficavam lá largados, prostrados, e eles nem sabia e nem imaginava o poder que eles tinham nas mãos porque muitos não sabem... aí quando a gente dizia que era ACS que estávamos ali para da aula...posso dizer assim..., eles já viam com outro olhar, era ACS para ACS , o aceitamento no momento foi esplendoroso ele começava a ouvir, depois a pedir o telefone a gente viu que aos poucos estávamos resgatando esse pessoal... Foi uma jogada de mestre de Paulette, Pacheco esse pessoal já vi várias gestão mas nunca tinha visto nada parecido, tão dinâmico” (ACS ESAM)

De acordo com TOMAZ, (2002) por não existir uma clara delimitação de suas atribuições, o papel do ACS tem sido distorcido sobrecarregando, muitas vezes, seu trabalho. Toda ação que envolva famílias na comunidade é atribuída aos ACS. A transformação social é um processo que não depende exclusivamente dos ACS e sim é tarefa de todos (governo, sociedade e outros profissionais de saúde). Resumindo o ACS não deve ser “um super- herói” suas atribuições devem ser estabelecidas, como profissional, parte de uma equipe de saúde.

O sentimento de expectativa se faz presente revelando certa ansiedade pelo fator tempo, e por possuírem muitas atribuições se encontram, no momento, bastante atarefados com o envolvimento nos cursos o que causa certa apreensão e cansaço. Apresentam o desejo, que consideram como grande desafio, de conseguir o engajamento da comunidade para que esta se torne cada vez mais participativa, contribuindo para o despertar da cidadania e de parcerias com estes grupos proporcionando melhorias na própria comunidade e estimular dessa forma, o controle social através de formação de usuários mais críticos e conscientes de seus direitos instrumentalizando-os para contribuição de uma comunidade mais organizada e reivindicadora.

“ a gente não está podendo fazer grupo, e eu estou um pouco estressada, porque ta todo mundo com grupo, e a gente ta sem grupo, a gente fica triste, porque a gente não está mesmo podendo fazer, mas a minha expectativa é que a gente consiga

ano que vem formar um grupo novo, sair da rotina , por que tira a gente da rotina.”
(ACS AESA)

“a minha expectativa é com o grupo, como é que vai ser, como é que vai fazer, e a gente fica assim, angustiada, quando está tendo dificuldades, né? Não conseguir resolver os problemas por que não depende só da gente, ..., espero ter mais respaldo não só do Distrito mas também do posto de saúde.”
(ACS IESA)

“o desejo é integrar os conhecimentos e firmar novas idéias”. (ACS ESAM)

A gente vê que as pessoas estão ficando mais criticas, não no sentido perjorativo, começam a criticar de forma mais positiva... elas já tem uma visão, uma visão critica, já sabem quando vão ter que reivindicar... elas começam a se mobilizar é gradativo... a gente vê que eles já fazem questão de participar.”
(ACS AESA)

“meu desejo no grupo do IESA, que eles tenham o momento deles, ..., lazer,, que o distrito ajude mais, nos passeios por exemplo, que eles gostam, ..., o prazer faz parte.”
(ACS IESA)

“Os desafios estão sempre no caminho , fazem parte da vida..a gente sabe que não vai mudar o mundo mas pode contribuir para mudar algumas pessoas”
(ACS ESAM)

Alguns ACS ainda estão assimilando esse novo papel de educador o que levará algum tempo para melhor compreensão que essa função de educador não está dissociada do papel do ACS. Outros ACS ainda não se sentiram motivados a participar de alguns desses cursos de formação assim como alguns distritos ainda não despertaram para a necessidade de incluir essas capacitações para seus ACS. O mesmo ocorre com os outros profissionais da equipe de saúde que resistem a entender que todos apresentam papel de educadores possuindo em muitos momentos autonomia para condução desses trabalhos, estabelecendo espaços mais democráticos

de integração, sendo um fator importante na organização do serviço e definição de tarefas.

“A gente teve uma experiência ruim quando a gente foi apresentar o trabalho da gente lá no DS II ... fomos com toda boa vontade ... falando da experiência de trabalho aqui no DS III que também não era um mar de rosas, que a gente tinha dificuldades mas que ACS podia, que a gente tinha competência...só que a enfermeira que tava supervisionando tratou a gente mal fez pouco caso ...riu quando uma ACS tava contando um relato dramático e se emocionou... ela achava que a gente não tinha competência perguntou onde a gente treinou para levar um grupo adiante... a gente falou que no DS III a gente tinha treinamento, reconhecimento e apoio, mas ela não acreditou virou as costas, esnobou. A gente não tá acostumado com isso, porque a gente aprendeu aqui no DS III que a gente pode”

(ACS ESAM)

O objetivo da prefeitura do Recife é que todos os ACS sintam-se estimulados a participarem dessa capacitação, os próprios ACS já capacitados servem de incentivo aos colegas que ainda não despertaram para a importância do envolvimento desse processo tão intenso de construção coletiva. E que esse projeto seja estendido a todos os Distritos Sanitários não de forma impositiva, mas que caminhe de acordo com a sensibilização desses gestores para importância e necessidade da inserção da Educação Popular no serviços de saúde.

Percebeu-se também a participação de muito desses ACS em atividades de congressos e seminários de âmbito nacional como a Seminário “ Movimentos Sociais e Educação”, que ocorreu na Paraíba, Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS) e um outro encontro que ainda se realizará em Goiás, tratará do tema “Saúde da Mulher” e terá um desses ACS como representantes. Com o objetivo de fortalecer essas ações de Educação Popular os ACS se organizaram com ajuda de alguns gestores da prefeitura Municipal do Recife e criaram uma ONG, o Movimento de Educação Popular (MEP), um espaço institucional para se discutir sobre o tema e atividades nessa área além de fornecer subsídios para a busca de recursos extras.

Considerações Finais

- A Educação Popular é um importante saber para a construção coletiva e participação popular proporcionando não apenas a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização das políticas públicas. Não é apenas um processo de ensino – aprendizagem, mas também um instrumento de gestão participativa de ação social.
- Observou-se que os ACS se encontram bastante organizados e fortalecidos. A criação da ONG, Movimento de Educação Popular (MEP) demonstra o interesse de solidificação desse processo de inserção da Educação Popular em vários âmbitos da sociedade. A grande maioria com posturas críticas, reflexivas e democráticas, bastante consciente do papel de Educadores com o entendimento que o conhecimento é um processo de construção coletiva.
- Ficou evidente o apoio e estímulo dos gestores principalmente da Equipe de Educação Popular em Saúde do Distrito Sanitário III para consolidação desses profissionais como Educadores. Esse fator também é reconhecido pelos ACS.
- A participação desses ACS nos cursos para “Educadores” (AESA, IESA E ESAM) promoveram nesses profissionais profundas transformações, principalmente no que diz respeito ao sentimento de empoderamento. Tornaram-se profissionais mais confiantes e atuantes no desenvolvimento de suas atividades.
- Diante dos seus posicionamentos firmes e coerentes, os ACS estão conseguindo aos poucos quebrar algumas resistências de outros profissionais de saúde principalmente do nível “superior” encontrando muitas vezes nesses membros, alianças e parcerias.

- Identificou-se como dificuldade para o desenvolvimento dessas ações a deficiência na distribuição de recursos materiais pela gestão, o que pode comprometer a qualidade dessas ações, mas deixaram claro que esse fator não estabelece um empecilho na atuação dessas ações pois utilizam-se de recursos próprios ou alternativo.
- Diante de todos esses fatores relatados não restam dúvidas que os ACS contribuem para o processo de transformação social. No entanto necessitamos ter em mente que trata-se de um processo longo e permanente que requer esforços conjuntos e contínuos e é papel de todos os cidadãos. Devendo envolver todos os profissionais de saúde (técnicos e gestores) e de outros setores da sociedade. Essa dimensão política deve ser exercida pelo ACS, não só como profissional, mas como cidadão. E que as diferentes formas de trabalho dos ACS e equipe de saúde não devem ser necessariamente antagônica e sim complementares.

- Referências Bibliográficas

ACIOLI, S; FERREIRA, V. A. ; HERINGER, A.; PEREIRA,R.C.A .Reflexões Sobre a Construção Compartilhada do Conhecimento em Saúde na Localidade do Alto Simão/Vila Isabel-RJ.R.**Interagir: Pensando a extensão**, Rio de Janeiro, n.2, p.17-21, agost/dez.2002

ALBUQUERQUE, P. C. **A Educação Popular em Saúde no Município de Recife: A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade**. Tese de Doutorado ENSP/FIOCRUZ, Recife, 2003

ALBUQUERQUE ,P.C. ; STOLTZ ,E.N. A educação popular na atenção básica a saúde no município: em busca da integralidade. **Revista interface**. comunicação,saúde e educação.v.8,n.15,p259-274,mar/ago.2004

ALMEIDA, J.T. Respeito e autonomia do paciente consentimento livre e esclarecimento: uma abordagem principalista da relação médico paciente. **Tese Doutorado de Saúde Publica**. FIOCRUZ, 1999.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf. acessado em 20/11/2006.

BODSTEIN, R. ; FELICIANO, K. ; HORTALE, V. A.; LEAL, M. C. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Revista Ciência saúde coletiva** vol.11 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2006.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**. 2003
Disponível em: www.ids-saude.org.br/enfermagem.
Acesso em: 11 dez 2006.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE.. LEGISLAÇÃO DO SUS. Programa de Informação e Apoio PROGESTORES. Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003

DAL POZ, M. R. Agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Revista Interface**. v6, n10, p.75-94, fev, 2002.

DAL POZ, M.R., VIANA, A.L. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. In: MARTINIC,S., AEDO, C., CORVALAN, J. (org.) **Reformas en Educacion y Salud en America Latina y el Caribe**. Santiago do Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación - CIDE, 1999.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Tradução: Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martin. Rio de Janeiro: Paz e Terra. Coleção Educação e Comunicação. Vol.1. 1979. 79p

LIGUABE, L.. **EDUCAÇÃO POPULAR: Protagonismo e Diversidade são as tendências**. *Revista Educação*. Disponível em: www.reportesocial.com.br
Acessado em 12/11/2006

MARTINS JUNIOR, T. Apoderamento. *Revista Sanarep*. 27-29, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco. 2000. 269p.

OFICINA DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE no fortalecimento do controle social. VII Congresso Nacional da Rede Unida.
Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/termo_oficina26.pdf.
Acessado 20/11/2006

OLIVEIRA, R.G.; NACHIF, M.C.A., MATHEUS, M.L.F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Revista Acta Scientiarum Health Sciences*. Maringá, v. 25, no. 1, p. 95-101, 2003

RECIFE. Plano Plurianual do Recife 2006-2009. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secfinancas/planoplurianual/plurianual2006/>
Acesso em: 16/09/2006.

SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde. Choque de Povo!** São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

STOTZ, E. N.; BORNSTEIN, V. J. **Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura**. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acessado 20/11/2006

SUCUPIRA, A.C. Marco Conceitual da promoção de saúde no PSF, *Revista Sanare*, p.11-14, 2003.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Revista Interface*. v6, n10, p.75-94, fev 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3ª. Ed editora Hucitec, São Paulo, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cad. Saúde Pública*, 1998, vol.14 supl.2, p.39-57.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo : Hucitec, Sobral: Uva, (Saúde em Debate;130). 2. ed. 2001. 336p

.

Anexo A – Roteiro de entrevista semi-estruturada: agente comunitário de saúde da cidade do Recife

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. O que você entende por saúde?
2. Quais as atividades de educação popular que você realiza? Como você as realiza? Quem participa e organiza as atividades
3. Existe apoio e valorização do desenvolvimentos de suas atividades pela equipe de trabalho e Distrito?
4. Como você percebe o envolvimento e interesse da comunidade nestas atividades desenvolvidas?
5. O que lhe motiva a desenvolver ações de educação popular em saúde?
6. Quais os desafios e dificuldades enfrentadas no trabalho com educação popular em saúde que você realiza?
7. Quais as suas expectativas no trabalho com educação popular em saúde que você realiza?
8. Quais seus desejos em relação ao seu trabalho na educação popular em saúde?
9. Quais as mudanças e resultados observados nas pessoas da comunidade?

ANEXO B – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: O Agente Comunitário de Saúde nas Ações de Educação Popular em Saúde na Cidade do Recife

Eu, _____, abaixo assinado(a), dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade do pesquisador(a) Giselle Campozana Gouveia, membro do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ).

Assinado este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é analisar o papel do ACS, enquanto educador popular em saúde, para a transformação da situação de saúde da comunidade;
2. Durante o estudo, fornecerei informações, por meio de entrevista que será gravada, sobre o que entendo por saúde, minhas atividades de educação em saúde, motivações, expectativas e desejos em relação ao trabalho que desenvolvo de educação popular em saúde;
3. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa, visto que a mesma não trará nenhum tipo de risco à minha pessoa;
4. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo, e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho, exposto acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
5. Terei garantia de liberdade de retirada do consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer qualquer tipo de penalização.
6. Ficarei com uma via do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por mim assinado, e outra ficará em posse do coordenador da pesquisa;
7. Poderei contatar o Comitê de Ética do CPqAM/FIOCRUZ para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone: **21012500**, o qual encaminhará o procedimento necessário.
8. Poderei obter informação sobre a aprovação prévia pelo CEP do projeto de pesquisa antes de seu desenvolvimento através do site do SISNEP (www.saude.gov.br/sisnep).

Recife, ____ de _____ de 200_.

RG: _____

(Voluntário)

Contato com o pesquisador responsável Patrícia Moraes Bueloni pelo e-mail: pbueloni@yahoo.com.br ou pelo telefone 96774734.

**Anexo C – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde
de Recife**