

**O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO MEDIADOR:
UMA REFLEXÃO NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE⁴****Community Health Agents as mediator: a reflection from popular education's perspective**Eduardo Navarro Stotz¹, Helena Maria Scherlowski Leal David², Vera Joana Bornstein³**RESUMO**

Este artigo apresenta uma discussão sobre o agente comunitário de saúde e sua atuação como mediador na perspectiva teórico-conceitual e metodológica da educação popular, sustentando que esta permite fortalecer uma atuação pedagógica direcionada para a democratização das relações entre serviços de saúde e população. Parte-se de uma discussão sobre os conceitos de saúde, doença e cuidado como elementos que sustentam a prática pedagógica, passando-se a alguns pressupostos teórico-metodológicos da educação popular em saúde, debatendo-os no contexto da organização das práticas de saúde e do trabalho do ACS. Conclui-se pela valorização da educação crítica e do papel do agente comunitário como educador na transformação das práticas.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Participação Comunitária. Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

O agente comunitário de saúde (ACS) ocupa posição singular e contraditória no trabalho em saúde na Atenção Básica. Por um lado, é membro da comunidade-alvo a ser atendida pelo serviço de saúde e, como tal, também é

ABSTRACT

This article, a discussion on the community health agents (CHA) and their role as mediators, according to the theoretical-conceptual and methodological perspective of popular education, maintains that such role strengthens a pedagogical action that democratizes the relationship between the health services and the population. Starting with a discussion on the concepts of health, disease and care, as components of the framework underlying the pedagogical practice, some theoretical-methodological assumptions are then debated against the background of the organization of health practices and CHA's work. In conclusion, the critical education of CHA and their role as educators in practice transformation are valued.

KEY WORDS: Health Education. Primary Health Care. Community Participation.

usuário deste serviço; portanto, conhece e enfrenta, como membro da classe trabalhadora, as mesmas dificuldades de acesso e de resolubilidade que perpassam o sistema público de saúde. Por outro, torna-se integrante, nem sempre legitimado, de uma equipe de saúde cujo processo de trabalho tende a reproduzir, de forma também contraditória,

¹ Eduardo Navarro Stotz, Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1981). Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1991). Pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz.

² Helena Maria Scherlowski Leal David, enfermeira. Doutora (2001) em Ciências da Saúde - Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Coordenadora do GT Educação Popular e Saúde da ABRASCO. Membro da Rede de Educação Popular e Saúde. Professora adjunto Depto de Enfermagem de Saúde Pública - Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: helena.david@uol.com.br.

³ Vera Joana Bornstein, assistente social. Doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (2007).

⁴ Parte do texto deste artigo foi publicado no capítulo "Educação Popular em Saúde" no livro 6 da Série Formação Profissional do Agente Comunitário de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FIOCRUZ, publicado em 2007

a divisão social do trabalho e as disputas em torno dos projetos terapêuticos (BORNSTEIN; STOTZ, 2008/2009; DAVID, 2001b).

Apesar de seu processo de profissionalização marcado pelo conflito e disputas ideológicas e políticas, o ACS constitui-se, hoje, em força de trabalho expressiva, com mais de 200 mil profissionais atuando em todo o país. Seus processos e condições de trabalho são ainda pouco conhecidos na sua multidimensionalidade e tendem a sofrer mudanças rápidas, em função dos contextos políticos locais, das novas regras jurídico-administrativas e da própria dinâmica das comunidades às quais estão vinculados. No plano que intermedeia as instâncias da macropolítica e o cotidiano da comunidade onde os profissionais ACS vivem e atuam, deve-se considerar o âmbito das práticas e dos modelos assistenciais e educativos em saúde, e os significados materiais e simbólicos deste trabalho na perspectiva dos próprios ACS, dos demais profissionais de saúde da rede pública, dos movimentos sociais e das comunidades assistidas.

Entende-se, por exemplo, que a definição de indicadores de saúde, explicitados no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), está fortemente vinculada ao conceito de risco, e sustenta um processo de arbitragem social, por parte dos serviços de saúde, na direção da manutenção de um padrão de controle sanitário autoritário e pouco participativo. No cotidiano de trabalho, as tensões que se produzem nas interfaces entre a dinâmica comunitária e a intencionalidade dos serviços colocam, para o ACS, o papel de mediador de conflitos, cuja resolução está referida à dinâmica mais ampla das relações de produção e reprodução das condições da existência. Também se espera que este ACS atue como um educador e como agente mobilizador da comunidade (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Do ponto de vista de sua atuação na comunidade, as metas quantitativas de produção de procedimentos e cobertura de ações básicas, impostas aos ACS, contrapõem-se à dinâmica local das comunidades e às formas de enfrentamento dos problemas e situações-limite por parte da população. Assim, a problematização de situações-limites recoloca a questão da arbitragem social, no sentido de questionar a quem cabe dar respostas para estas situações, e o quanto limitado é intervir com base apenas numa compreensão individualizada sobre risco, como, por exemplo, quando se orienta o ACS a visitar (ou vigiar?) principalmente as situações de risco.

Por outro lado, a potencialidade do processo de trabalho do ACS reside em uma mediação entre saberes e lógicas distintas, capaz de apontar para a superação da

dicotomização das relações entre profissionais de saúde e população. O campo da Educação Popular e Saúde (EP&S) tem produzido, a partir das diversas redes de relações entre movimentos sociais (incluindo as organizações de ACS), profissionais de saúde e universidades, um conjunto de reflexões que visam à ampliação da compreensão sobre as formas de viver da população, como maneira de estreitar laços de solidariedade para a consolidação de um sistema público democrático de saúde (STOTZ *et al.*, 2005).

Este artigo de reflexão apresenta uma discussão sobre a educação popular em saúde como perspectiva teórico-conceitual e metodológica, sustentando que esta permite fortalecer uma atuação pedagógica, por parte do ACS, direcionada para a democratização das relações entre serviços de saúde e população, capaz de fortalecer este profissional como mediador e educador crítico. É apresentada uma breve discussão sobre os conceitos de saúde, doença e cuidado como elementos que sustentam a prática pedagógica, passando-se a alguns pressupostos teórico-metodológicos da educação popular em saúde, debatendo-os no contexto do trabalho do ACS.

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO

Desde o século XVIII, constitui-se como hegemônico um modo de olhar a saúde e a doença que se baseia exclusivamente na explicação científica das profissões da área de saúde: medicina, psicologia, odontologia e outras. Como são estas áreas disciplinares que definem o que é 'saúde' ou o que é 'doença', parte delas também as maneiras de resolver os problemas - hospitais, clínicas, consultas, remédios, cirurgias, conferindo ao mundo atual uma concepção de saúde na qual é inimaginável a ausência de vacinas e procedimentos tecnológicos diversos.

Os profissionais de saúde possuem uma formação técnico-científica que, no cotidiano dos serviços, assume um caráter fortemente normativo. Essa formação rompe com a 'visão mágica' das culturas antigas e se centra numa determinada maneira de ver o corpo, os problemas, o tratamento a ser instituído, uma racionalidade médica (LUZ, 1997). Nos países ocidentais, a racionalidade hegemônica é chamada racionalidade biomédica, também denominada de biomedicina. Discute-se sobre os limites desta racionalidade, e o quanto ela pode acabar servindo a interesses econômicos das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos. Trata-se, no entanto, de um debate recente e é uma concepção que predomina, mesmo sofrendo críticas.

Na perspectiva de um conceito que lança um olhar mais amplo sobre o fenômeno, saúde não é só não estar doente:

é consequência das condições de vida, incluindo alimentação, moradia, salário, participação nas decisões, educação, paz, justiça social. Cada vez mais, esta concepção ganha força, levando os países a questionarem se é suficiente ter muitos hospitais e medicamentos, se a qualidade da vida das pessoas não é adequada. De acordo com Daniela Sophia (2001, p.4), “[...] os fatores que decidem entre a vida e a morte estão predominantemente fora dos hospitais.” Por outro lado, deve-se considerar que os sinais e sintomas de doença são vivenciados de modo subjetivo pelas pessoas; que, além disso, há fatores passíveis de intervenção coletiva e que podem ser também objeto da intervenção das políticas sociais, dentre as quais a de saúde.

Esta concepção - que foi chamada de concepção ampliada de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986 - considera o processo de saúde-doença de modo crítico, procurando estabelecer um vínculo entre este processo e as condições de vida e trabalho. Embora não seja incompatível ou excludente em relação ao enfoque da biomedicina, tal concepção, por se constituir em um olhar mais amplo, permite também que outras racionalidades sejam incluídas como possibilidade de enfrentamento dos problemas. Neste caso, está presente um “desejo de intersectorialidade” que considera a viabilidade de que diversos projetos de saúde - incluindo os que a população possui - sejam parte de uma agenda democrática de políticas de saúde.

Vale, portanto, considerar as formas populares de lidar com a saúde que podem estar presentes dentro desta visão ampliada, analisando o modo como as pessoas das classes populares veem a saúde, a doença e a cura. Trata-se de uma terceira concepção, cujo exame tem fundamental importância para a compreensão do papel da educação na saúde.

A CONCEPÇÃO POPULAR DE SAÚDE E OS SENTIDOS DO ADOECIMENTO

Os problemas de saúde acarretam sempre uma desorganização das relações sociais imediatas - dos papéis sociais de chefe de família, de arrimo de família, de marido ou de esposa, de trabalhador - e implicam o questionamento do sentido da vida individual (YOUNG, 1976). A desorganização da vida traz uma pergunta fundamental - por que adoeci? O que eu fiz para ter (e merecer) isso (a doença)? - que a ciência não é capaz de responder, que se baseia em uma forma de construir conhecimentos que formula a pergunta ‘como isto acontece, e quais as causas?’

Não são somente os profissionais de saúde que compreendem a saúde como ausência de doença. Quando as

pessoas dizem que saúde é ter capacidade de trabalhar, elas estão dizendo a mesma coisa de outra forma. Contudo, até mesmo esta afirmação deve ser examinada melhor. Precisamos estar atentos para quem pronuncia esta concepção de saúde: é uma pessoa com ou sem condições de parar de trabalhar quando precisa? Uma coisa é poder faltar ao trabalho, apresentando atestado médico. Outra, completamente diferente, é ter de ganhar o pão a cada novo dia de trabalho, situação dos biscateiros e autônomos de um modo geral. Estas pessoas geralmente são obrigadas a admitirem incômodos e sofrimentos que outras pessoas, em melhores condições, não admitiriam.

Berlinguer (1988) mostra que o adoecimento implica possibilidades diferentes para as pessoas, desde ‘estar’ doente, ‘sentir-se’ doente, ‘identificar’ a doença até ‘poder’ estar doente. O autor afirma que estas diferenças se explicam, de um lado, pela desigualdade social que acarreta maior ou menor probabilidade de adoecer e curar-se e, por outro, pela cultura relativa à percepção do corpo, aos sinais que vêm do corpo em sofrimento experienciado pelos diferentes grupos sociais. Em um estudo realizado nos Estados Unidos em 1954, a inapetência e o emagrecimento foram alguns dos sintomas valorizados pelas pessoas mais ricas como motivo para tratamento médico (BERLINGUER, 1988).

A questão da sobrevivência por meio do trabalho aproxima a concepção popular também do modelo da saúde coletiva, na medida em que destaca as condições em que é realizado - jornadas longas, intensivas, mal remuneradas - para o entendimento do adoecimento e do grau de incômodo e sofrimento admitidos. Pois, como já afirmamos, nem sempre é possível estar doente. A visão popular de saúde e doença tem sido objeto de estudo de pesquisadores, normalmente da área da antropologia (BOLTANSKI, 1984; LOYOLA, 1984). É uma busca por entender a maneira como as pessoas das classes populares, que não tiveram o acesso à formação em saúde, à escolaridade formal, e que estão submetidas aos processos sociais de exclusão e subalternização, veem, explicam e sentem a questão saúde-doença.

Minayo (1988) classificou as representações sociais sobre a origem/causalidade das doenças como um sistema etiológico e identificou domínios de causalidade, que separou em: i) natural - tudo aquilo que se refere à relação entre o ambiente físico e a saúde - por exemplo, quando as pessoas identificam a mudança de clima como a causa de alguma doença; ii) psicossocial, quando se estabelece relação da causalidade entre as emoções e os problemas de saúde; iii) socioeconômico, relacionando-se a causalidade às condições de vida - principalmente em situações de pobreza extrema.

Aqui, a autora verificou que os serviços de saúde também são apontados como causa de problemas de saúde e ou de piora de problemas já existentes; iv) sobrenatural - que diz respeito ao campo do transcendente, ou seja, aquilo que nos engloba e nos determina, alvo das explicações místicas muito presentes nas falas das pessoas.

A unidade desse sistema etiológico é definida pela religião, uma vez que o aparecimento e a cura das doenças têm a ver com a ruptura das relações de uma pessoa com seu grupo e a natureza.

Precisamos entender as práticas espirituais ou religiosas populares como um elemento que está incorporado às formas populares de enfrentamento dos problemas, sobretudo os de saúde. Não é raro que, nas comunidades, as pessoas busquem os espaços de expressão religiosa nos momentos de dificuldade de uma família ou pessoa. Mesmo pessoas de inserções religiosas diferentes podem vencer as barreiras dos dogmas de cada religião e estabelecer processos solidários de suporte espiritual para aqueles que estão sofrendo (DAVID, 2001; VASCONCELOS, 2006).

Desta análise, a partir da questão da concepção popular de saúde, decorre um entendimento sobre o modo de as pessoas das classes populares perceberem e explicarem os problemas de saúde, reconhecendo-os como extremamente complexos, entremeados por concepções de mundo, de vida e de morte, de justiça social, de ambiente saudável, de felicidade e bem-estar e de transcendência. É preciso considerar que, quando as pessoas não cumprem determinações médicas, ou quando buscam alternativas de tratamentos caseiros, isto pode acontecer por razões diversas, todas juntas ou não: econômicas, culturais, familiares, entre outras. Mas geralmente os profissionais de saúde só têm uma palavra para explicar isso: ignorância. Da equipe de saúde, o ACS é o trabalhador que tem o maior conhecimento empírico da área de atuação: sua dinâmica, os valores da população, suas formas de organização, o que além de facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais, facilita também o entendimento da concepção popular de saúde. Seu trabalho se dá, sobretudo, fora da Unidade de Saúde, nos domicílios e na comunidade, fazendo-se presente em situações que, muitas vezes, não chegariam ao serviço e possibilitando a aproximação às condições e estilos de vida da população. No entanto, apesar da existência de um ambiente favorável para a orientação do trabalho de forma integral e dialógica, não existem garantias de que o trabalho realizado pelas suas equipes incorpore um conceito ampliado de saúde nem a concepção popular de saúde.

Vista como uma explicação “simplória” ou “ignorante” pelos profissionais de saúde, a concepção popular

se apresenta como um mosaico, em que os fragmentos de experiências e saberes diversos presentes são usados como recursos de enfrentamento de certos problemas, de acordo com a ocasião, as possibilidades existentes e o que se acredita ser melhor. O próprio saber médico está incluído neste mosaico de saberes, misturado às concepções culturais ancestrais. É importante reconhecer que não se trata de um ‘vazio de saber’, mas de uma outra forma de saber sobre saúde.

Entender esta forma de pensar das pessoas ‘não profissionais’ nos ajuda a entender suas ações de enfrentamento, ultrapassando os ‘pré-conceitos’ que explicam pela ‘falta de educação’ esta forma de ver a saúde e a doença. Quando nos dispomos a ampliar o nosso próprio olhar para compreender o olhar da população, temos de optar por metodologias educativas que nos aproximem das pessoas, que lhes deem voz, que as tornem mais fortes como sujeitos. É sobre isso que vamos tratar a seguir.

EDUCAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DO ACS.

No trabalho dos ACS, é frequente que encontrem situações relativas a problemas de saúde comuns, para cujo enfrentamento existe abundância de informações preventivas, mas que persistem, e cujas causas vão além da capacidade de resposta por meio de ações individuais. Podemos tomar a situação da dengue como um destes problemas que exigem respostas em termos de intervenção sobre danos (quando as pessoas estão doentes, ou existem complicações) e sobre riscos (o conjunto de variáveis ambientais e de modos de viver que representam um aumento na probabilidade de vir a adoecer por dengue). As formas como os ACS abordam educativamente esta questão pode ser, grosso modo, expressa a partir de duas concepções educativas, por sua vez mais ou menos referidas às concepções sobre saúde já discutidas.

Numa perspectiva cujo foco central é o da biomedicina, o poder explicativo dos processos biológicos acaba por se sobrepor, na abordagem educativa, aos determinantes sociais. Os ACS, assim como os demais profissionais de saúde, tendem a desenvolver suas ações a partir desta concepção de saúde-doença: sinais, sintomas, dor, febre, exames, vaso de planta, pneu com água parada no quintal, caixa d água destampada.... Trata-se de uma abordagem limitada, que visa modificar o comportamento ou as condutas da população, chamada por Paulo Freire de “educação bancária”, numa referência à possibilidade de depositar conhecimentos na cabeça de um indivíduo porque, antes do processo

educativo, ele não os tinha (FREIRE, 1970). Ou ainda, por Eymard Vasconcelos, de educação “toca boiada”, baseada no medo do ferrão, com o intuito de mostrar como a imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelo educador é capaz de conduzir um grupo de indivíduos a um caminho previamente determinado (VASCONCELOS, 2001). Esta abordagem estabelece uma relação vertical e autoritária entre o profissional e a população e está baseada na crença, mais implícita que explícita, de que o profissional é o detentor do saber a ser transmitido e ensinado.

Este tipo de abordagem se manifesta ainda em outras atividades na área da saúde, tais como a motivação da população para participar em tarefas determinadas pelos profissionais e que, a juízo deles, deverão beneficiar a comunidade; as mensagens transmitidas em linguagem popular a fim de serem bem entendidas e atendidas; as estratégias publicitárias e de propaganda para fomentar a saúde; as conferências de saúde organizadas verticalmente a partir de um olhar técnico e encaminhadas burocraticamente.

Podemos entender esta concepção de educação nos termos propostos por Luckesi (1990), isto é, da educação como redenção: a educação é uma ação que está fora da sociedade, é algo que vem ‘de fora’ ou ‘de cima’ para ‘dar jeito’ nas coisas que estão erradas. A educação é vista como algo puro, quase mágico, que vai “redimir” as pessoas e acabar com a ignorância. Nesta concepção, as pessoas imaginam que, automaticamente, após “educadas”, passarão a agir corretamente, dentro do modelo proposto. O papel do educador é dizer a verdade, e o aluno deve ouvir, sem argumentar ou contradizer.

Numa abordagem que se baseia numa concepção ampliada de saúde, a centralidade do processo está no diálogo, na conversa, na busca de conhecer a vida das pessoas e seus problemas, antes de partir para a divulgação de orientações. Isso não é um “truque” para conquistar as pessoas, mas sim um fundamento do trabalho educativo, é um jeito de trabalhar a educação e que tem a ver com a concepção de saúde que o profissional possui. A concepção ampliada de saúde se aproxima da educação popular em saúde: considera o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e de cura, adquirido através de sua história de vida e de sua cultura, o ponto de partida do processo educativo. É por isso também que os meios frequentemente utilizados pelos educadores populares têm mais a ver com a dinâmica da vida popular: rodas de conversa, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular. Da mesma forma, a preocupação em dar um caráter resolutivo às conferências de saúde em cada nível

de organização - bairro, distrito, cidade, estado, país - por meio da ampliação da participação popular.

Os fundamentos da educação popular encontram-se nos trabalhos educativos desenvolvidos nos anos 50-60 do último século, principalmente ligados à União Nacional dos Estudantes e à Juventude Universitária Católica. Estas experiências, dentre as quais se destaca o Centro de Cultura Popular (CPC) e o Movimento de Educação de Base (MEB), vinculavam a educação à construção de uma sociedade mais justa e democrática. Com os nomes de ‘educação de base’, ‘educação de adultos’ ou ‘educação popular’, tais experiências encontraram em Paulo Freire a sua mais conhecida sistematização, publicada após a interrupção destas tentativas de emancipação popular imposta de modo violento pelo golpe militar em 1964. Nestas obras - *Educação como Prática da Liberdade*, 1967; *Pedagogia do Oprimido*, 1968 -, Paulo Freire via a educação como um instrumento de conscientização, libertação e transformação. O método propunha partir da situação-problema do educando, compreendida dentro do seu universo vocabular de modo a permitir a análise crítica e a atuação do próprio educando para resolvê-la. Paulo Freire é percebido como um intelectual, no sentido forte da palavra, por Brandão (1977). De acordo com Vasconcelos (2001), organizou um conjunto de ideias sobre o papel da educação e da aprendizagem, reiterando que esta deve permitir ao educando ficar mais “sabido”, não apenas para possuir mais conhecimento, mas para usá-lo para tornar a sua vida e a dos outros melhor.

A partir de meados de 1970 até inícios da década de 1980, os profissionais de saúde começaram a adotar esses pressupostos. A ênfase do processo educativo estava no entendimento, pelos sujeitos populares, das razões da desigualdade social na saúde e da necessidade de conquistar o direito social à saúde. Experiências nas capitais - Zona Leste de São Paulo; Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro; Bairro dos Coelhos, em Recife - e de áreas rurais - Meio Grito, na região de Goiás Velho - propiciaram o aparecimento do Movimento Popular de Saúde (MOPS), uma articulação entre ativistas sociais, profissionais e técnicos da área da saúde (STOTZ *et al.*, 2005). Muitos deles iriam compor, juntamente com outras propostas como a da Pastoral da saúde, da Medicina Geral Comunitária, o chamado movimento da Reforma Sanitária que está na origem do Sistema Único de Saúde (SUS).

O avanço do processo de implementação do SUS caminhou na direção do fortalecimento de um modelo de participação baseado na ideia de representatividade, via conselhos e conferências de saúde, que seguem sendo

espaços relevantes para a produção coletiva do enfrentamento das questões de saúde. No entanto, as formas de lidar com os problemas, mediadas pela cultura e pela visão de mundo dos diversos grupos, nem sempre encontram expressão neste modelo de participação representativa. Há certa invisibilidade destas ações para os serviços, acostumados a incorporar, nas suas agendas, as pautas que são vocalizadas pelas representações populares. Há, assim, que se considerar que, independente de haver canais para a participação representativa organizada, a população desenvolve formas diversas de lidar com as questões de saúde que são também formas de construir saberes e desenvolver o enfrentamento da desigualdade. Está em jogo, aqui, a construção, expressão, circulação de saberes que as formas de educação tradicionais não conseguem incorporar. É neste mundo de práticas e pequenos movimentos, pouco ou nada visíveis, que a educação popular busca atuar, no sentido de desvelar os processos de opressão e as potencialidades dos sujeitos populares.

O POTENCIAL MEDIADOR DO ACS NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO POPULAR

Uma das atribuições mais importantes do ACS é a visita domiciliar que deve ser realizada aos moradores de sua microárea. A fim de ilustrar dois tipos de abordagens que podem ser realizadas por agentes de saúde com concepções de saúde distintas, retomam-se, neste artigo, duas situações relatadas em capítulo de livro dos mesmos autores (STOTZ *et al.*, 2007).

Claudete chegou à casa de Dona Francisca, cumprimentou e perguntou como estavam todos. Dona Francisca que estava à beira do fogão a gás fazendo uma comida, conta que Roberto, de dois anos, está com diarreia desde ontem. Claudete procura saber quantas vezes a criança tinha tido diarreia, se tinha vomitado e se estava com febre. A mãe explica que a criança teve diarreia três vezes, só vomitou uma vez e não estava com febre. A agente de saúde explica que é importante dar bastante líquido, em pequenas quantidades e muitas vezes ao dia e entrega três envelopes de soro oral. Explica que a diarreia é uma doença que tem a ver com a falta de higiene e fala da necessidade de ferver a água, lavar as mãos ao preparar ou comer alimentos, manter a casa limpa e tampar o lixo. Diz à Dona Francisca que se a criança não melhorar durante o dia, deverá levá-la ao Posto de Saúde para uma consulta médica. A mãe agradece a atenção, diz que vai dar o soro e com a ajuda de Deus Roberto vai melhorar.

No mês seguinte, Dona Francisca voltou a ser visitada desta vez por Andréia porque a outra agente, Claudete, tinha

sido aprovada em concurso para auxiliar de enfermagem e atualmente trabalha apenas no posto. Andréia e os demais agentes ficaram muito contentes porque, apesar de gostarem muito do que fazem, consideram um trabalho difícil e de grande responsabilidade, porém mal remunerado e poucas vezes reconhecido pelos demais profissionais de saúde.

Quando Andréia chegou à casa de Dona Francisca, cumprimentou-a e perguntou como estavam todos. Dona Francisca parou de preparar a comida que fazia no fogão a gás e disse que estava preocupada porque Roberto que mal acabara de completar três anos, estava de novo com diarreia. Andréia procura saber quantas vezes a criança teve diarreia, se tinha vomitado, se estava com febre. A mãe conta que esta era a quarta vez desde ontem, que tinha vomitado, mas não estava com febre. A agente de saúde também procura saber se é comum que Roberto tenha diarreia e como estão as outras crianças da casa. Dona Francisca conta que frequentemente as crianças têm diarreia, costuma dar chá de folha de goiaba, suspende a comida normal das crianças e dá só biscoito de água e sal. Quando não consegue controlar a diarreia, leva a criança para o Posto de Saúde ou Hospital. Ela diz que a criança bota muita porcaria na boca, come qualquer coisa que pode. Andréia sabe que Dona Francisca é faxineira e sai alguns dias na semana para trabalhar, também sabe que na casa tem quatro crianças entre 6 meses e 8 anos. Pergunta com quem as crianças ficam de dia quando ela sai para trabalhar. A mãe conta que não conseguiu vaga na escola para a maior e nenhum está na creche. Tem que cuidar de todos, limpar a casa e sair para trabalhar quando arruma uma faxina para fazer. Como ela não tem dinheiro para deixar as crianças com alguém, Melinha, a menina mais velha toma conta dos outros dois menores e ela leva o bebê para o trabalho. É a menina que limpa a casa e dá a comida para os outros dois. Andréia pergunta como é tratada a água que bebem. Dona Francisca explica que é obrigada a armazenar água num barril porque onde mora o abastecimento de água é precário. Antes de sair de casa para trabalhar, procura deixar a água fervida, mas às vezes a água não é suficiente e Melinha acaba usando a água armazenada para que os meninos tomem.

A agente de saúde comenta que os problemas de saúde geralmente estão ligados ao jeito como as pessoas vivem, Dona Francisca concorda e diz que sua vida anda muito corrida mesmo. A agente continua conversando sobre este assunto com Dona Francisca, mostra compreensão com o fato de Dona Francisca cuidar de tudo sozinha, sem apoio de creche, escola e emprego. Fica difícil mesmo olhar as crianças o tempo todo, e diarreia é uma doença que tem a ver com estas questões que ela está contando, ou seja, com as condições de vida que ela leva.

Andréia fala sobre a possibilidade de conseguir vaga na creche e vaga na escola, e convida a mãe para levar a criança na puericultura. Orienta sobre reidratação oral, voltar a dar comida normal e cuidados de higiene, valoriza chá de folhas de goiaba e deixa envelopes de soro oral. Lembra que se a criança não melhorar durante o dia, deverá levá-la ao Posto de Saúde para uma consulta médica. Andréia também convida Dona Francisca a participar de um grupo de mães que está acontecendo no Posto de Saúde semanalmente, onde todas têm oportunidade de trocar suas experiências e aprender algumas novidades. Despede-se dela desejando a melhora de Roberto. Se Deus quiser, diz Dona Francisca ao agradecer a visita de Andréia.

Da situação relatada, percebe-se que a questão da higiene, pode ou não estar ligada à possibilidade de trocar o botijão de gás com frequência para ferver sempre a água, ou mesmo à disponibilidade de água em quantidade e fluxo suficientes, a um custo suportável. Às vezes, é uma escolha dentro das condições de vida que uma pessoa está vivendo, porque o problema maior, no caso apresentado, é a falta de água encanada.

Quando estamos mais perto das pessoas e conhecemos os seus modos de viver, verificamos que ferver a água é uma dificuldade nem sempre relacionada a questões financeiras. Nos morros, por exemplo, onde não há gás encanado e o caminhão de entrega dificilmente chega a todas as casas, alguém vai ter de carregar um pesado botijão nas costas.

Constatamos, portanto, que uma recomendação sanitária simples como ferver a água pode implicar uma alteração da rotina nem sempre desejada. Em resumo: as escolhas feitas pelas pessoas não são independentes das condições de vida, da cultura e da história delas. Os ACS, por serem oriundos e atuarem nas comunidades, têm a possibilidade de identificar estas dificuldades e perceber quais as práticas adotadas pelos moradores para superá-las. Isso vai depender, contudo, do tipo de relação que cada agente vai construir entre os serviços de saúde e a própria população.

É importante reconhecer que uma relação pedagógica transformadora não está dada apenas pelo exercício da vontade individual deste ou daquele agente. Depende das possibilidades abertas pelas inovações trazidas pela estratégia de Saúde da Família. Lembremos algumas destas:

a) o agente de saúde ser um morador da comunidade onde atua o que lhe possibilita ter o conhecimento da área: sua dinâmica, iniciativas e organizações existentes, facilitando o trânsito da equipe e as parcerias e articulações locais de trabalho;

b) o trabalho do ACS se dá principalmente fora da Unidade de Saúde, no campo da comunidade, o que lhe

possibilita o conhecimento de situações que não chegam à Unidade e aproximação às condições e estilos de vida da população;

c) ser morador não significa reconhecer e valorizar a cultura local;

d) os ACS explicam em linguagem popular o que os outros profissionais procuram falar com as pessoas;

e) a ESF trabalha com equipes multidisciplinares o que amplia as possibilidades de promoção de atividades intersetoriais;

Um dos pressupostos da estratégia é o estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e avaliação das ações. (BRASIL, 2006b). As potencialidades desta estratégia, porém, não garantem que o trabalho realizado pelas suas equipes realmente substituam o modelo tradicional vertical e orientado para as doenças. A reorientação do modelo assistencial está relacionada, dentre outros aspectos, com a concepção ampliada de saúde da qual falamos anteriormente e com uma maior abertura dos serviços à concepção popular de saúde. Daí a importância da valorização do conhecimento local e do estabelecimento de uma relação dialógica entre a própria equipe e da equipe com a população.

Sabemos que, em muitos lugares, existe uma tendência a reduzir o trabalho do ACS à vigilância de situações de risco, onde geralmente estão incluídas as famílias que moram nas partes mais pobres e que levam uma vida precária, não raramente marcada pelo alcoolismo, depressão e abandono das crianças. O que acontece então é a simplificação do trabalho dos agentes. Simplificação que, ao invés de facilitar o trabalho, acaba por reduzi-lo a um aspecto só. Mas há uma consequência ainda mais grave: perde-se completamente de vista o potencial transformador da atuação do agente na estratégia de Saúde da Família que, como foi dito anteriormente, tem por objetivo alterar o modelo assistencial calcado na atenção médica individual e curativa (BORNSTEIN; STOTZ, 2008/2009).

Neste sentido, amplia-se a necessidade de incorporar práticas pedagógicas dialógicas, que abordem não só a doença, mas também os determinantes dos problemas, por parte de todos os profissionais que trabalham na proposta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No entanto, é preciso reconhecer que, de todos os profissionais, o ACS é o que se encontra mais próximo das pessoas da comunidade e dos seus modos de viver. Ele é o que se chama de “elo” entre a comunidade e os serviços de saúde. Seu trabalho tem uma função mediadora.

A própria história dos agentes comunitários de saúde evidencia sua importância como mediador, desde as pri-

meiras experiências com agentes de saúde, a partir do início da década de 1980, nas propostas ligadas às pastorais da Igreja Católica e algumas ações comunitárias. Os agentes não eram profissionalizados e trabalhavam, muitas vezes, de modo voluntário, mas a essência do trabalho do agente de saúde ACS - sua função mediadora - já era então percebida como um grande diferencial deste em relação aos demais profissionais (DAVID, 2001a).

Esta função mediadora nem sempre se apresenta de modo claro e objetivo, porque também tem a ver com a visão de mundo, com as percepções das pessoas. Mediar a relação entre os serviços e a população na perspectiva da melhoria das condições de vida não é uma tarefa fácil. Supõe um forte vínculo comunitário, uma abertura para o diálogo e uma reflexão sobre as possibilidades de ação em cada situação concreta.

A preocupação com a educação como mediação social para fortalecer grupos e diminuir desigualdades - ou, ao contrário, para perpetuar processos de dominação - foi a preocupação de alguns professores e pedagogos no Brasil e em outros países latino-americanos, e as propostas pedagógicas alternativas ao modelo dominante surgiram, principalmente, a partir da década de 1960.

No mundo todo, o principal nome que aparece quando se fala em educação crítica, educação para a liberdade é o de Paulo Freire. Outros professores e/ou teóricos também desenvolveram propostas de metodologias para ampliar a participação coletiva na construção de soluções para os problemas. Podemos citar alguns, mais conhecidos, como Oscar Jara, e a metodologia de sistematização de experiências (HOLLIDAY, 1996). Outra proposta que se disseminou na área da saúde foi a desenvolvida por Juan Díaz Bordenave, denominada Pedagogia da Problematização, baseada no Método do Arco, de Charles Maguerez, e com influência do pensamento de Paulo Freire (BORDENAVE, 1983). Muito utilizada na formação de profissionais de nível médio de enfermagem, no projeto de formação denominado de “Larga Escala”, na década de 80 (CASTRO *et al.*, 2002), foi incorporada por algumas universidades em suas propostas curriculares (UERJ, 2003). Apesar de descrita na década de 1960, não perdeu a atualidade, porque considera elementos fundamentais da relação entre educador e educando. Infelizmente, muitos profissionais que desejam desenvolver propostas educativas participativas não a conhecem.

Outros pensadores não chegaram a desenvolver metodologias pedagógicas específicas, mas chamam a atenção para a importância de garantir, nos processos educativos, elementos metodológicos participativos. Para citar apenas alguns, temos Víctor Vincent Valla, que nos fala da “crise

de compreensão” dos profissionais de saúde, e Eymard Vasconcelos, que vem trabalhando o tema espiritualidade como elemento importante na mediação educativa com os grupos populares (VALLA, 1997; VASCONCELOS, 2001).

As formas dialógicas de ensinar e aprender são um desafio a ser enfrentado, para vencer as barreiras que tornam distantes profissionais e população na luta pela saúde de todos.

O que não se percebe é que o bom ou o mau funcionamento dos serviços, muitas vezes, não explica por que não conseguem cumprir a função para a qual foram instituídos. De fato, os serviços tentam responder a problemas que têm sua origem no sistema social, estruturado pelo modo de produção capitalista.

Voltando às condições de vida e aos determinantes sociais da saúde, constata-se que a maioria da população depende exclusivamente de seu próprio trabalho para sobreviver, e o faz em condições prejudiciais à sua saúde, porque implicam um grande desgaste biopsíquico, a exemplo de jornadas de trabalho mal remuneradas, longas e intensas, sujeitas, ainda, a ambientes agressivos e carentes de proteção. A própria compensação a este desgaste é limitada pelas restrições do gasto público, implicando uma baixa qualidade dos serviços públicos destinados aos mais pobres.

Portanto, os serviços de saúde procuram compensar, no atendimento individual, problemas que são gerados pela dinâmica do sistema capitalista. Fazem isto com a ênfase que dão ao atendimento médico individual e curativo, deixando de lado - ou dando pouca importância - ao trabalho de promoção e de prevenção da saúde. É por isto que a medicina atua na legitimação de uma ordem social injusta (NAVARRO, 1983). Trata-se de um processo não consciente devido, em boa medida, às características do trabalho em saúde: o trabalho cotidiano dos ACS e de boa parte dos profissionais de saúde, dominado por uma cultura normativa e pela adoção de procedimentos técnicos supostamente neutros, acaba favorecendo na prática esse papel legitimador dos serviços de saúde.

Os pressupostos da educação popular, que orientam uma experiência pedagógica e crítica, envolvem, primeiro, o reconhecimento dos problemas considerados “insolúveis” como situações-limites, que podem ser ultrapassadas. Freire retoma o conceito de Vieira Pinto (FREIRE, 1970, p. 106) em que as situações-limites não são entendidas como se fossem barreiras insuperáveis, mas sim como fronteiras que precisam e podem ser superadas pela ação dos homens sobre a realidade concreta.

CONCLUSÃO

Ao discorrermos sobre o processo de trabalho do ACS, vimos o quanto estão presentes, de modo mais ou menos explícito, questões que remontam às formas como se constituíram e se constituem as relações entre os entes federados (município, estados, nível federal), entre os níveis da gestão (central, regional, local) e entre sujeitos (profissionais de saúde, gestores, população). O desvelamento desta situação, portanto, é um exercício que se deve fazer, necessariamente, de maneira coletiva, e não a partir de um único sujeito ou instância. Ao tratar as situações-limites como o ponto de partida para o processo educativo crítico, Freire (1970) também evidencia que aprender é mais que incorporar conteúdos específicos - é fazer, de modo cada vez mais aprofundado e consistente, a "leitura do mundo" que nos cerca. É por isso que, na perspectiva da educação popular, aprender é também construir saberes.

As situações-problemas descritas, como é possível perceber, ultrapassam o diálogo entre teoria e prática. Não é assim também a vida, sempre maior do que qualquer teorização? Procuramos dar forma a uma reflexão que, partindo de algumas questões identificadas na prática dos agentes comunitários de saúde - potencialmente verdadeiros educadores populares -, pudesse trazer a contribuição da educação popular para a prática nos serviços de saúde.

A formação dos ACS, pautada por este método, considera sua experiência e saber como ponto de partida ou referência fundamental do processo educativo. Podemos, então, depois deste percurso, dizer que a educação popular em saúde implica um diálogo - nem sempre consensual - entre as diversas concepções de saúde, doença e cuidado, sob o ponto de vista popular. Por isto, privilegiamos, no processo educativo, a experiência e o saber daqueles que sofrem em decorrência da situação de exploração, vulnerabilidade e opressão por eles vivida, sem pretender ser esta a última palavra ou algo a ser preservado como se não houvesse aceitação, resistência e ambiguidade.

O reconhecimento do papel mediador do trabalho do ACS deve, portanto, considerar que seu papel como educador, por sua inserção como sujeito popular e, ao mesmo tempo, vinculado aos serviços, deve se pautar por pressupostos pedagógicos críticos. Enquanto a reprodução das relações hierarquizadas e das práticas de saúde inerentes ao modelo biomédico evidencia a fragilidade do ACS, olhá-lo como um educador, na perspectiva da educação popular em saúde, redefine seu papel mediador na transformação das práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. W. G. **Saúde pública, epidemiologia e senso comum: epidemia de meningite como evento social**. 2004. 244f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Nacional de saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- BERLINGUER, G. **A Doença**. São Paulo: Ed Cebes-Hucitec, 1988. 150p.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 191p.
- BORDENAVE, J. D. Alguns fatores pedagógicos. Textos de apoio da capacitação pedagógica, OPAS. 1983. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T5.pdf> Acesso em: 25 abr. 2006.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 259-268, jan./fev. 2008.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.457-480, nov.2008 / fev.2009.
- BRANDÃO, C. R. Da educação fundamental ao fundamental na educação. **Proposta**, Rio de Janeiro, suplemento 1, set. 1977. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br/Varal/ConcepcoesEPS/PropostaCarlosRBrandao.PDF>> Acesso em: 13 abr. 2006.
- BRANDÃO, C. R. **O que é Educação?** São Paulo: Brasiliense. (Coleção Primeiros Passos), 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 30 de abril 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2009.

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada de conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A Saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.79-96.

CASTRO, J. L.; SANTANA, J. P.; NOGUEIRA, R. P. **Izabel dos Santos - a arte e a paixão de aprender fazendo**. Natal (RN): Observatório RHnesc/UFRN, 2002.

CONCEIÇÃO, P. S. A. *et al.* Pintadas (BA), uma experiência de articulação entre a academia e os movimentos populares. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 41, p. 14-19, 1993.

DAVID, H. M. S. L. Do povo de Deus à institucionalização domesticadora: duas décadas de trabalho e educação popular com agentes comunitárias de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec; 2001a.

DAVID, H. M. S. L. **Religiosidade e cotidiano das agentes comunitárias de saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares**. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FioCruz, Rio de Janeiro, 2001b.

DUARTE, L. F. Comentários. In: VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (Orgs.). **Mediação, cultura e política**. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970. 220p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148p.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. João Pessoa: Editora Universitária, 1996. 213p.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984. 198p.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1990. 183p.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do Século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.13-43, jan./jun.1997.

MARX, K. **Crítica da filosofia do direito de Hegel**. São Paulo: Boitempo, 2005. 168p.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA, 1993. (Tomos I, II).

MELLO, D. A. *et al.* Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através de pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.583-595, 1998.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n.4, p.363-381, out./dez. 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/03.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2006.

NAVARRO, V. **Classe social, poder político e o estado e suas implicações na medicina**. Rio de Janeiro: PEC-ENSP-ABRASCO, 1983. (Textos de Apoio: Ciências Sociais, 1).

OLIVEIRA, R. M. Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classes populares: uma conversa com Victor Vincent Valla. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1175-1187, jul./ago. 2003.

SOPHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. **Radis/Tema**, Rio de Janeiro, n. 21, p.4-6, nov./dez. 2001.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S.; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p.49-60, jan./jun. 2005.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S.; BORNSTEIN, V. J. A Educação Popular em Saúde. In: MARTINS, C. M.;

STAUFFER, A. B. (Org). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 35-70

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO-UERJ. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem. 2003. *mimeo*

VALLA, V. V. A crise da compreensão é nossa: Procurando compreender a fala das classes populares. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.21, n.2, p.177-190, jan./jun.1996.

VASCONCELOS, E. M. **Constituição, crise e redefinição da Educação Popular em Saúde**. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br/Varal/ConcepcoesEPS/ConstituicaoocriseEPS.PDF,1999>>. Acesso em: 30 abr. 2007.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, Ministério da Saúde; 1999

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v.5, n.8, p.121-126, fev. 2001.

VASCONCELOS, E. M. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2006. 391p.

YOUNG, A. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. **Annual Review of Anthropology**, Palo Alto, CA, v. 78, n. 1, p. 5-24, 1976.

Submissão: maio de 2009

Aprovação: agosto de 2009
