

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**MAGALI MARIA TAGLIARI GRAF**

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: OS DESAFIOS DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO  
POPULAR EM SAÚDE – LAGES, SC**

LAGES, SC  
2009

MAGALI MARIA TAGLIARI GRAF

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: OS DESAFIOS DOS AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO  
POPULAR EM SAÚDE – LAGES, SC**

Dissertação apresentada à Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC. Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Educação. Linha de Pesquisa II: Educação, Processos Socioculturais e Sustentabilidade, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof. Dra. Zilma Isabel Peixer

LAGES, SC  
2009



Ao meu marido, **Almir Graf**, e  
Filho, **Paulo Oscar Tagliari Graf**, pelo importante incentivo,  
amor e compreensão.

Esta chegada só foi possível  
pela presença de vocês.

O amor que nos une é o fortalecimento  
de todos os momento dessa busca.

Amo-os muito.

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos vão a todos que estiveram presentes e contribuíram para que meus sonhos se tornassem realidade. Manifesto de forma especial minha sincera gratidão:

À Professora Doutora **Zilma Isabel Peixer** por aceitar navegar nesses mares, mesmo quando a viagem já tinha iniciado, e nesses mares conduziu-me ao destino com firmeza, força e respeito. Esteja sempre com ventos a seu favor.

Ao Professor Doutor **Valdemar Siqueira Filho** que pegou carona em minha nau, partiu em um porto seguro, voltando na minha chegada para compartilhar esse relevante momento. Sua sabedoria, mesmo que você estivesse fisicamente distante, foi importante para a chegada.

À Professora Doutora **Elizabete Tamanini** que partilhou momentos de ventos calmos e grandes turbulências, contribuindo para minha navegação. Seus saberes e fazeres foram importantes para minha chegada.

A cada uma das **Agentes Comunitárias de Saúde** (ACS's), participantes deste estudo, que com toda a dedicação em seu trabalho, mostraram como somos capazes de transformar a realidade.

À minha mãe **Gecy** por partilhar os seus saberes.

Aos colegas do Curso de Mestrado, **Léia, Eledir, Wyliam** pelo companheirismo e pelas amizades que se firmaram.

Às minhas irmãs e amigas, em especial a **Suzana**, irmã de sangue e **Madalena**, irmã de coração, pelo apoio e pelo convencimento de que eu seria capaz de concluir esse percurso.

A todos muito obrigada!

*Só aquele que fala em nome do povo pode educá-lo,  
só aquele que se torna seu aluno, pode tornar-se seu mestre.  
Aquele que se comporta como um senhor ou um aristocrata,  
debruçando-se do alto sobre o “povinho”,  
mesmo se tiver um grande talento,  
não terá nenhuma utilidade para o povo  
e sua obra não terá nenhum futuro.  
(GRAMSCI, s/d).*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.	Anos
ACD	Auxiliar de Consultório Odontológico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ALC	Alcoolismo
Art.	Artigo
CAP's	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CFB	Constituição da Republica Federativa do Brasil
CHA	Chagas
CSU	Centro Social Urbano
DEF	Deficiência
DIA	Diabetes
DF	Distrito Federal
DMI	Deficiência Mental
EPI	Epilepsia
ESF	Estratégia Saúde da Família
EFOS	Escola de Formação em Saúde
GM	Gabinete Ministerial
HÁ	Hipertensão Arterial
HAM	Hanseníase
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAP's	Instituto de Aposentadoria e Pensões

MAL	Malária
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
m.	Meses
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
p.	Página
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNASC	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense

## LISTA DE FOTOS

<b>N</b>	<b>Descrição</b>	<b>Página</b>
1	Veículo Usado para Coleta de Material Reciclado.....	36
2	Nascente de Água.....	37
3	Reservatório da Água da Cacimba.....	38
4	Cacimba .....	38
5	Cacimba: Animais que Bebem Água na Cacimba .....	39
6	Terreno com Lixo a Céu Aberto.....	40
7	Elevado Número de Cachorros e Lixo a Céu Aberto.....	41
8	Lixo a Céu Aberto. Terreno Íngreme.....	41
9	Lixo Armazenado de Forma Inadequada.....	42
10	Água da Cacimba Utilizada Para Consumo Humano.....	43
11	Esgoto a Céu Aberto.....	44
12	Canalização de Esgoto.....	45
13	Canalização de Esgoto.....	46
14	Módulo Sanitário.....	47
15	Patente ou Privada.....	47
16	Moradia de Madeira.....	49
17	Moradia de Material Aproveitado.....	49
18	Moradia de Material Aproveitado.....	50
19	Moradia de Material Aproveitado .....	50
20	Vista Parcial do Bairro Morro Grande, Lages, SC.....	51
21	Moradores do Bairro Transportando um Fogão .....	52
22	Vista da cidade Lages, SC pelo Bairro Morro Grande .....	53
23	Vista parcial do Bairro e do Morro da Cruz .....	53

24	Morro da Cruz .....	54
25	Vista noturna do Morro da Cruz .....	54
26	O Morro da Cruz e a prática de esportes .....	55

## LISTA DE QUADROS

<b>N</b>	<b>Descrição</b>	<b>Página</b>
1	Estratégia Saúde da Família do Município de Lages, SC – Janeiro a Dezembro 2008 .....	31
2	Consolidado das Famílias cadastradas na UBS Centenário – Área 001 – Idade e Gênero .....	33
3	Consolidado das Famílias cadastradas na UBS Centenário – Área 002 – Idade e gênero .....	33
4	Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário – Área 001 – Doenças .....	34
5	Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário – Área 002 – Doenças.....	34
6	Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Gestantes .....	35
7	Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Número de famílias, escolaridade e cobertura plano de saúde .....	35
8	Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Abastecimento de água .....	37
9	Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Destino do lixo .....	39
10	Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Água no domicílio .....	42

11	Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Destino fezes e urina .....	44
12	Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Tipo de casa .....	48
13	Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) entrevistados ..	56

## RESUMO

As práticas de educação popular em saúde são um dispositivo importante na formulação de políticas de saúde. O ACS é o profissional que atua como elo entre a população e os serviços de saúde. A problemática que permeia este estudo são os significados e sentidos que o ACS possui em relação a educação em saúde e a sua prática. O objetivo é refletir as concepções que o ACS desenvolve em relação a educação em saúde; analisar como os sujeitos envolvidos significam as experiências no seu dia a dia como agentes ativos no processo de educação em saúde; verificar o grau de importância atribuído pelas ACS's na atividade de educação em saúde. O estudo tem uma abordagem qualitativa e a coleta de dados utilizada foi a entrevista contendo perguntas abertas as cinco ACS's que atuam em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Lages-SC. A análise temática foi o método escolhido para interpretação dos dados, e a sistematização das entrevistas resultou em três categorias, saúde, educação, educação popular em saúde na prática do ACS. A apresentação da pesquisa está nominada como "abrindo as portas para a dona saúde entrar", seguida da trajetória metodológica "Da licença, posso entrar: trajetória da pesquisa em educação popular e saúde", e dos subsídios teóricos "Entre ruas e esquinas: o percurso da saúde, educação popular e Acs's". Na análise dos dados busco desvendar os desafios do ACS frente a educação popular em saúde. A formação dos ACS's precisa ser repensada, focando na função de educador, tendo como ponto de partida os diversos saberes dos grupos e que, profissionais da educação, vislumbrem um cenário de trocas de saberes entre a educação e a saúde, como é vivido e sentido, desde a formação desses educadores até a prática na comunidade, pautando-se na educação popular em saúde como referencial metodológico de atuação educadora.

**Palavras chave:** Agente Comunitário de Saúde, Educação, Saúde, Educação Popular em Saúde.

## ABSTRACT

The practices of popular education in health are an important device in the formulation of health policies. The ACS is a professional who acts as a link between the population and the health services. The issue that permeates this study is the meanings and senses that the ACS has for health education and practice. The goal is to reflect the concepts that ACS develops regarding health education; analyze how the subjects involved do the experiences in their daily lives as active agents in the process of health education; check the degree of importance assigned by the ACS's activities in health education. The study has a qualitative approach, the data collection was the interview with open questions to the five ACS's serving the Strategy for Family Health in Lages, SC. The Thematic analysis was the method chosen for data interpretation and systematization of the interviews resulted in three categories, health, education, health education program in the practice of ACS. The presentation of the research is nominated as "opening the door for the lady health in," followed by the methodological framework "Excuse-me, May I came in: trajectory of research in popular education and health", and some theoretical subsidies "Between streets and corners: the path of health, popular education and ACS's. In the data analysis I seek to unravel the challenges of ACS compared to popular health education. The training of ACS's needs to be rethought, focusing on the role of educator, taking as its starting point the various groups and the knowledge that education professionals, envisioned a scenario of exchanges of knowledge between education and health, as it is lived and felt, since the formation of these educators to practice in the community, and are based on popular health education as a methodological framework for teacher's performance.

**Keywords:** Agent Community Health, Education, Health, Popular health education.

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	7
<b>LISTA DE FOTOS</b> .....	9
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	11
<b>RESUMO</b> .....	13
<b>ABSTRACT</b> .....	14
<b>SUMÁRIO</b> .....	15
<b>INTRODUÇÃO: “ABRINDO A PORTA PARA A DONA SAÚDE ENTRAR”</b> .....	27
<b>2. DÁ LICENÇA... POSSO ENTRAR: TRAJETÓRIA DA PESQUISA EM EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE</b>	26
<b>2.1. Cenário do Estudo</b> .....	28
2.1.1. Apresentando Lages .....	28
2.1.2. A Estratégia Saúde da Família em Lages .....	31
<b>2.2. Sujeitos Integrantes do Estudo</b> .....	56
<b>2.3. Descrevendo as Etapas Metodológicas</b> .....	58
2.3.1. Apresentação da proposta aos sujeitos integrantes do estudo .....	58
2.3.2. Aplicação das entrevistas: narrativas de campo.....	59
2.3.3. Registrando os dados .....	65
2.3.4. Descrevendo o método de interpretação dos dados .....	65

<b>3. ENTRE RUAS E ESQUINAS: OS PERCURSOS DA SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E ACS.....</b>	<b>68</b>
3.1. Trabalho e Educação .....	68
3.2. Educação em Saúde .....	73
3.3 A Educação Popular Norteando a Educação em Saúde ....	79
3.4 O Agente Comunitário de Saúde e a Educação Popular em Saúde .....	84
<b>4. DESVENDANDO OS DESAFIOS DO ACS FRENTE À EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE .....</b>	<b>93</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>124</b>
Anexo I .....	125
Anexo II .....	130

## **INTRODUÇÃO: “ABRINDO A PORTA PARA A DONA SAÚDE ENTRAR”**

O início de uma pesquisa remete o pesquisador a um movimento de construir, reconstruir e constatar que a pesquisa implica em mudar hábitos norteadores de relação entre pessoas. É necessário que o tema provoque inquietações e encantamentos, que ocorram muitas experiências, positivas e negativas, de encontros e desencontros, certezas e incertezas. Mas que vá traçando um caminho de saber e crescer, com uma aprendizagem em construção, minimizando a distância entre a prática e a teoria, remetendo-nos a reflexões e ações com subsídios relacionados ao campo dos saberes, entrelaçando e provocando o diálogo entre o senso comum<sup>1</sup> e o pensamento científico, criando juntos saberes e sabores que acalentem inquietações dessa nova busca.

Neste caminho em que agora me encontro, vou colocando minha trajetória de vida como parte desta história de aprendiz de pesquisadora, que está sendo vivida, sentida e partilhada com muita intensidade. É difícil passar através da escrita as emoções, é um exercício que requer muito esforço e dedicação, como deve viver todo pesquisador.

O papel não tem o calor humano, o branco de suas folhas provoca um distanciamento entre o que se vive e o que se escreve. Viver é mais fácil do que escrever como se vive. A tecnologia do computador, que nem é tão nova, tem o calor

---

<sup>1</sup> “É o conhecimento que partilho com os outros nas rotinas normais da vida cotidiana” (BERGER; LUCKMANN. 1985, p. 45)

da energia elétrica, mas dificulta ainda mais esse processo. Isso nos remete a um diálogo sobre a escrita:

... Não uso caneta, não costumo. O senhor já viu? Caneta corre no papel sem freio e se a gente erra e quer arrumar... aí emporcalha tudo. Lápis, não! Lápis agarra o papel, aceita a borracha, obedece a mão e o pensamento. Sou um homem que só consegue pensar a lápis... (CAFFÉ, 2004, p. 47)

Sou enfermeira e educadora e, portanto, não poderia deixar de escolher a área da saúde/educação para desenvolver minha pesquisa no programa de pós-graduação *stricto sensu* especialização na modalidade de educação, na Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) – Lages, SC.

A proposta inicial, durante o processo seletivo para o Mestrado, contemplava um estudo da educação em saúde com os coletadores de material reciclado em seu ambiente de vida. Trabalhava na época como enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Lages, SC, desempenhando a função de enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) em um bairro que possuía um grande número de recicladores, com condições precárias de saneamento, moradia e trabalho. No entanto, entre uma disciplina e outra, trocando saberes com os professores, textos, livros e colegas de sala e de trabalho, bem como com a comunidade desse bairro, houve um despertar para novos caminhos. Passo a focar a pesquisa na educação em saúde sob a perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Refletir a prática da educação em saúde, os significados e sentidos dos Agentes Comunitários de Saúde<sup>2</sup> (ACS's) é um tema relevante no campo da saúde coletiva<sup>3</sup> e na educação. A reflexão científica cria oportunidades de colaborar com as políticas de saúde vigentes, no sentido de trazer do mundo prático, informações objetivas para a discussão e produção de uma reflexão guiada por passos metodológicos; é a aprendizagem do fazer-saber-fazer.

---

<sup>2</sup> ACS "... é um articulador entre as comunidades e o serviço de saúde, um incentivador da educação permanente, contribuindo decisivamente para a organização dos serviços locais de saúde" (SOUZA, 2001).

<sup>3</sup> Saúde coletiva é um campo de saber e de prática referido à saúde como fenômeno social, é a especialidade que tem como objetivo o estudo dos fenômenos populacionais em saúde (SAITO, 2008).

A problemática que permeia esse estudo são os significados e sentidos que o ACS possui em relação à educação em saúde e a sua prática, considerando-se seu papel nas comunidades, seus valores e práticas culturais no processo constante de interação, porém, não esquecendo sua origem. O ACS é um novo profissional definido pelas políticas públicas de saúde, que atua como elo entre a população e os serviços de saúde, tem como uma de suas missões articular os saberes na promoção e prevenção da saúde na comunidade, é um personagem participativo na organização da assistência.

Considerando a historicidade das questões da saúde brasileira, vale lembrar que com a implantação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), que vem procurando aprimorar a assistência à saúde através da implantação de programas e políticas específicas, constituindo no arcabouço jurídico do sistema, têm-se nesta trajetória de vinte anos, muitos “sabores e dissabores”.

A criação do SUS surge da crise do sistema de saúde agravada por um déficit de recursos, somado à crescente deterioração das condições de saúde da população em um momento de crise econômica do país a partir do início da década de 70; e das lutas travadas pelo movimento da Reforma Sanitária. Aliada a essas questões, a dimensão territorial do Brasil, leva à necessidade de um sistema com características de regionalização e descentralização, a uma reestruturação do sistema com critérios na alocação de recursos baseada no perfil epidemiológico e demográfico dos beneficiários em nível municipal. Dentre os desafios da reforma sanitária, destacam-se a descentralização das ações e dos serviços de saúde e a universalização da cobertura do atendimento (COTTA, 1998, p. 19).

O movimento de Reforma Sanitária implementa projetos e programas com o objetivo de descentralizar e ampliar o acesso aos serviços de saúde, o que foi um fator determinante para o surgimento das práticas de atenção primária de saúde (OMIZZOLO, 2006, p. 25).

A Constituição da República Federativa do Brasil (CFB) de 1988, em seus artigos 196, 197, 198, incorporou as propostas da Reforma Sanitária, definindo saúde como um direito social.

Com a promulgação da IX Constituição Brasileira, em 1988, fica explícita a obrigação do município de propiciar atendimento de saúde a toda a população, mediante um SUS. (COTTA, 1998, p. 22)

A instituição do SUS depara-se com a necessidade de superar a divisão existente entre serviços preventivos e curativos, e a saída da ênfase da assistência individual para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Busca-se um sistema de saúde organizado para que as ações e serviços sejam ofertados em função das necessidades da saúde da população.

A dimensão do Brasil torna grande também a disparidade entre regiões e até municípios, grandes e pequenas extensões territoriais, convivendo ricos e pobres, gestores ou futuros dirigentes que mal escrevem seus nomes, realidades culturais e epidemiológicas próprias, o que exige uma transparência nas políticas públicas de saúde. A saúde deve compreender o indivíduo no contexto de uma coletividade e dos problemas que dela emanam.

A trajetória do ACS começou em junho de 1991, quando surgem as raízes para uma nova lógica de assistência a saúde, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNASC). “Os municípios brasileiros optam por abrir suas portas para a saúde entrar<sup>4</sup>, tendo na figura do ACS a maior dessa expressão”. (SOUZA, 2001, p. 30).

O PNASC iniciou na região nordeste, “motivado pela existência aí de maiores indicadores de doenças, carências, pobreza e miséria; os municípios da região abrigam todos os males da exclusão social, resultando num impacto em curto e médio tempo”(SOUZA, 2001a), mais precisamente no estado da Paraíba, priorizando as ações de informação e educação em saúde, voltadas para a área materno-infantil. Foi também introduzido em caráter emergência na região norte, para auxiliar na prevenção da cólera. O PNACS veio com o propósito de contribuir para a municipalização e implantação do SUS. Na leitura deste programa identificou-se como objetivo geral:

---

<sup>4</sup> Expressão utilizada Pelo Ministério da Saúde (MS) em abril de 2000 em Campanha Nacional. “Abrindo a Porta Para a Dona Saúde Entrar”.

...a melhoria da capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Como objetivos específicos, capacitar os agentes para executar trabalhos de atenção de primeiro nível de atenção em saúde; garantindo cuidados à população com um grau de resolutividade compatível com sua função; contribuindo para a extensão da atenção à saúde; garantir o trabalho do agente integrado com a equipe da unidade de saúde a que estiver vinculado; fortalecer a ligação entre serviços na comunidade; cooperar com as organizações comunitárias, na trato dos problemas da saúde. (SILVA & DALMASSO, 2002, p. 50).

A existência de experiências em atenção primária com ótimos resultados justifica e fortalece a necessidade de integrar o agente de saúde à equipe, “não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população, mas principalmente, por sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema de assistência à saúde” (SILVA & DALMASO, 2002, p. 50). Sobre a introdução dos ACS's no grupo de trabalho da saúde, há a referência de que:

Os sanitaristas aceitarão os ACS's como parte da estratégia de mobilização e renovação das forças sociais, pela característica que o cenário apresentava de um educador permanente (aprendendo e ensinando) e, sobretudo, como articulador dos serviços e comunidade. (SOUZA, 2001 a, p. 43).

A implantação do Programa, após a fase da contratação, tinha uma fase importante, a do treinamento, que buscava uma visão abrangente da situação da saúde e habilitação específica para a atenção à saúde da comunidade. Nesse processo, era necessário que o agente compreendesse a comunidade, através do método pedagógico, que buscava a integração ensino/ trabalho.

Em 1991, foi editado O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, manual que detalha os conceitos e diretrizes de como se deve trabalhar em saúde, descrevendo a estratégia de preparação do agente como sendo a mobilização da comunidade para respaldar o desenvolvimento e fortalecimento do trabalho cotidiano. Em 1992, o PNACS passa a chamar-se Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS).

Foi realizado pelo MS, através de Álvaro Antonio Mello Machado e seus assessores, dois anos após a implantação, em dezembro de 1993, o Encontro de Avaliação do PACS, que gerou um instrumento apresentado em 1994, ao Ministro da Saúde, Henrique Santillo. Na época, tal instrumento apontou como ações de sucesso dos agentes a melhoria na cobertura vacinal, terapia de reidratação oral, início precoce dos exames de pré-natal. E como fragilidades registraram o processo de supervisão dos agentes e a necessidade de aprimorar a sua formação profissional, com a permanência dos médicos e enfermeiros nos locais de atuação dos ACS's, em virtude da alta rotatividade e múltiplos empregos; e a qualificação – capacitação desses profissionais.

O MS permanece trabalhando pela saúde brasileira e, assim, apresenta o Programa Saúde da Família (PSF), idealizado em 1993, oficializado em 1994 e sua expansão ocorreu a partir de 1995. Em sua primeira fase, o PSF teve como principal foco a prestação a comunidades desprovidas de assistência e, posteriormente, tem sido visto como uma das prioridades nas três esferas do governo, reconhecida como a política pública de maior potencial para alcançar a universalização do acesso à atenção integral e visa ampliar a capacidade de resolutividade do PACS. (FINKELMAN, 2002, p. 261)

Silva & Dalmaso (2002) registram documentos do MS, publicados em 1997 e 1998, que apontam para esse programa com o objetivo de reorganizar a prática assistencial que até então permanecia voltada à cura de doenças no hospital. As suas ações ampliam a compreensão do processo saúde/doença, indo além de práticas curativas. As diretrizes e princípios do PSF estão assim apresentados na Constituição da República Federativa do Brasil (CFB), em 1988:

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (CFB, 1988)

O MS, inicialmente, concebeu a família como um programa. A partir de 1996, começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade, passando a usar a denominação Estratégia de Saúde da Família, por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde do país. (MAROSINI, 2007, p. 90)

O MS, no documento divulgado em 1997, nega que o PSF seja um sistema de saúde pobre e para pobre, visto que substitui a rede básica tradicional, tem cobertura universal e o desafio da equidade, requerendo alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

O PSF é uma Estratégia para conversão da forma de prestação de assistência à saúde como indutor de mudanças no modelo assistencial. Segundo o MS (Brasil, 1998), o objetivo do PSF é:

...a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo de saúde/ doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 1998)

A estratégia do PSF apresenta como ponto central a criação de vínculo, corresponsabilidades entre equipe e comunidade, o principal objeto de atenção é a família, entendida em seu ambiente de vida, trabalho e relacionamento, o que exige um olhar técnico e político mais ousado. Assim, a sua organização acontece através da delimitação de uma área geográfica pré-definida, possibilitando a integração e promoção de ações planejadas para os problemas já identificados, conhecidos e levantados com uma parceria comunidade e profissionais.

A Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006, considera a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional, priorizando em sua organização os preceitos do SUS, tendo como fundamentos:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo dos serviços de saúde;
- Efetivar a integralidade;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipe e população;
- Valorizar a equipe por meio de estímulo e acompanhamento constante em sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático;
- Estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006)

Usando como referencial a Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, são atribuições mínimas específicas do agente comunitário de saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS's em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (BRASIL, 2006)

O ACS, por determinação do MS, é alguém integrado a sua própria comunidade, pois faz parte dela, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária, buscando a melhora das condições de vida e saúde, apoiada pela ação governamental. Esse profissional que transita entre o serviço de saúde e a comunidade, como em um movimento entre as limitações e competências, entre margens e viagens, entre sonhos e realidades, entre filas e vilas, entre ruas e casas, entre o conhecimento científico e o saber popular, entre a sua cultura e a cultura do outro, esse profissional que canta e encanta é o sujeito de meu olhar nessa trajetória.

O objetivo do estudo é refletir as concepções que o agente comunitário de saúde desenvolve em relação à educação em saúde; analisar como os sujeitos envolvidos significam as experiências no seu dia-a-dia como agentes ativos no processo de educação em saúde; verificar o grau de importância atribuído pelas ACS's na atividade de educação em saúde no bairro em estudo.

Assim, a apresentação da pesquisa está dividida entre a trajetória metodológica, que descreve o passo a passo da caminhada percorrida durante a pesquisa e que nomeei como "Dá licença, posso entrar: trajetória da pesquisa em educação popular e saúde", seguida dos subsídios teóricos aqui nominados "Entre ruas e esquinas: o percurso da saúde, educação popular e ACS's", perpassam pelo trabalho e educação, educação e saúde, educação popular, norteando a educação em saúde e o agente comunitário de saúde e a educação popular em saúde, e por fim, na análise dos dados, busco desvendar os desafios do ACS frente à educação popular em saúde.

## **2. DÁ LICENÇA, POSSO ENTRAR: TRAJETÓRIA DA PESQUISA EM EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE**

A problemática que permeia esse estudo relaciona-se ao estudo dos significados e sentidos que o ACS desenvolve em relação à educação em saúde. De acordo com Minayo (2002), a pesquisa vincula pensamento e ação, portanto é problema de pesquisa, um problema da vida prática, da participação na realidade, que busca um diálogo com a teoria para que com esse conhecimento possa transcorrer da investigação à análise dos dados de forma sistematizada e com organização do pensamento, esclarecendo o objeto de investigação e sua finalidade.

Este estudo pautou-se em uma abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2002), preocupa-se com os níveis da realidade que não desejamos por escolha metodológica quantificar:

Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2002, p. 23)

Consideramos que a pesquisa qualitativa propicia em sua busca da dinâmica das questões comunitárias como: crenças, valores, atitudes e hábitos, o reconhecimento dos participantes como produtores do saber, propiciando a adequação das ações para refletir e a busca de melhoria constante em suas práticas.

O campo de interesse já definido, remeteu-nos a um diálogo com a realidade, surgindo assim o momento do trabalho de campo. Faz-se necessária a observação e o registro das informações para a coleta e análise dos dados, objetivando atualizar o referencial teórico, adequando-o ao contexto da pesquisa, isto porque a teoria tem uma lógica dedutiva, é sempre generalizadora, já a análise da realidade tem uma lógica indutiva, portanto é ela que atualiza as estruturas teóricas. A pesquisa faz uso simultâneo da dedução, indução e hipótese, sendo que cada elemento pode complementar o outro na produção científica, e para que a pesquisa não se limite apenas ao plano reprodutivista de confirmação de uma teoria, ela pode sim, atualizá-la ou negá-la (PEIRCE, 1994). Neste sentido, o estudo do agente comunitário de saúde passará por distintas abordagens do conhecimento, sobrepondo os temas: a educação, a educação popular, a saúde e a educação popular em saúde.

O instrumento de pesquisa utilizado para a coleta de dados foi a entrevista, apresentado em forma de perguntas abertas, tendo como referência as abordagens citadas acima. O conhecimento e convívio com os sujeitos participantes propiciaram respostas mais adequadas à representação daquela realidade, possibilitando ainda a repetição das perguntas que por ventura não tenham sido entendidas, pois como indicado acima, nosso método de trabalho pressupôs um processo comparativo entre o campo popular e o acadêmico e não a harmonização simplificadora destas diferentes perspectivas. O registro das entrevistas ocorreu em gravação digital autorizado pelos participantes, apresentado nessa pesquisa com pseudônimos.

A análise temática foi o método escolhido no decorrer deste estudo para interpretação dos dados. A sistematização das entrevistas nesta pesquisa resultou em três categorias de análise: saúde, educação e educação popular em saúde na prática do Agente Comunitário de Saúde. O estudo apresenta uma estrutura de informação, que segundo Ferrara (1993):

...não é um dado, mas uma produção que decorre da capacidade de interferir na e sobre a realidade, novos conhecimentos suficientes para provocar aprendizado e mudanças de comportamento. Interferência, aprendizado e mudança de comportamento são os fatores que caracterizam uma informação. (FERRARA, 1993, p.151)

Quando se opta por um determinado tema de pesquisa, a informação como aponta acima Ferrara é o centro da busca, pois o aprendizado funciona como gatilho para mudanças e assim sendo, interferências.

## **2.1. Cenário do Estudo**

Com o objetivo de situar o cenário deste estudo, apresentamos o contexto social, histórico e geográfico onde realizamos a pesquisa: o município de Lages, a implantação do PSF no município e a realidade do bairro onde atuam as ACS's que fazem parte deste estudo.

### **2.1.1. Apresentando Lages**

No século XVIII, em 22 de novembro de 1766, teve início a povoação da região. O comércio de gado veio facilitar o povoamento da região dos Campos de Lages, ponto de passagem para os tropeiros que iam do Rio Grande do Sul (centro produtor) até as feiras de Sorocaba, em São Paulo (centro de comercialização e consumo), sendo este um dos motivos pelo qual a fundação desse povoado constituiu-se em uma estratégia da Capitania de São Paulo.(PEIXER, 2002, p. 40)

Este dado histórico será importante para percebermos na cultura local os traços de nomadismo que permaneceram nesta população e que ainda hoje orientam as práticas da cultura popular local e dos ACS como objeto de nossa pesquisa.

O Município e a Vila de Lages foram criados pela Carta Régia de 26 de janeiro de 1765 à que o Governador da Capitania de São Paulo, Luís Antônio de Sousa Botelho, a 9 de julho de 1766, deu execução oficial, incumbindo o guarda-mor Antônio Correia, nomeado na ocasião capitão-mor regente do sertão de Curitiba, de erguer a vila na paragem denominada Lages, onde já existiam muitos moradores, estabelecidos com fazendas de criação, inclusive o próprio Correia Pinto.

Em 22 de novembro de 1766, Correia Pinto chegou à região de Lages, e deu início à construção de uma capela, no lugar denominado Taipas na chapada do Cajuru, sob a invocação de Nossa Senhora dos Prazeres. Esse primeiro núcleo, foi considerado impróprio por não oferecer os recursos naturais necessários à subsistência de seus povoadores e por motivos políticos, ligados à proximidade com a fronteira do Rio Grande do Sul, sendo posteriormente abandonado. O segundo ponto escolhido também não foi o definitivo. O terreno propício, encontrado na margem direita do rio Caveiras ao lado do Arroio Caraha, onde se estabeleceu por fim a vila projetada, em 22 de maio de 1771, com o nome de “Nossa Senhora dos Prazeres do Sertão das Lagens”.

Em 1787, O governador da Capitania de Santa Catarina, cumprindo ordens do vice-rei D. Luís de Vasconcelos, ordenou a construção de uma estrada para fins militares, do planalto de Lages ao litoral catarinense, para enfrentar as ameaças de invasão espanhola, entre Florianópolis (Desterro) e a vila de Lages. O encarregado da obra foi o capitão Antônio José da Costa, estrada esta, cujo traçado seria aproximadamente o mesmo projetado um século mais tarde (em 1888), pelo engenheiro militar, Augusto Fausto de Sousa.

Em 1820, O Município de Lages passou a integrar a Capitania de Santa Catarina, desmembrando-se de São Paulo. O município foi instalado como vila de Nossa Senhora dos Prazeres do Sertão das Lagens, a 22 de maio de 1771. O Decreto provincial nº 500, de 25 de maio de 1860, elevou a vila à categoria de cidade, chamada de “Campos de Lagens”. Era assim chamada pela abundância de

“Pedra Lage” (arenito) que caracteriza certos pontos da região. A comarca de Lages, criada pela Lei provincial n.º 444, de 24 de março de 1858, extinta em 1865 e restaurada em 15 de março de 1866, foi elevada à 2.ª entrância em 1891 (Lei estadual n.º 11 de 28 outubro) e à 3.ª, em 1922 (Lei estadual n.º 1384, de 23 de setembro).

Conforme dados do IBGE (2009), Lages hoje, tem uma população de 168.583 mil habitantes, sendo sua colonização italiana, portuguesa, espanhola e alemã, com destaque para as etnias italiana e alemã. Cabe acrescentar que estes dados não consideram a questão da mestiçagem como elemento importante na criação de nossa nação, pois nossa história provoca a necessidade de relativizarmos as referências de naturalidade. Aqui elas logo foram se mesclando com os índios, negros e brancos de todas as culturas convivendo em produtiva expansão. Para o ACS, este fato é importante, pois ele fará uso permanente de conhecimentos sobre mestiçagem que lhe permitirão transitar de um grupo cultural para outro.

Segundo Peixer (2002), grande parte da população é de origem cabocla, e quando não, compartilha sua cultura, modo de vida e expressão, muito embora esse dado não seja observado pela bibliografia existente sobre a história local. Assim a autora afirma:

Na história oficial local, seguindo os moldes da história tradicionalista, esses grupos não aparecem. As alusões feitas a eles tendem a considerá-los sempre como agente passivo nas relações sociais. Nos momentos em que esses caboclos são mencionados, eles aparecem, com algumas exceções, como “vilões sociais” ou “vilões do progresso.”(PEIXER, 2002, p. 43)

Até 1940, a principal economia da região era centrada na pecuária, ficando a agricultura mais para consumo interno. Na atualidade, as principais atividades econômicas da cidade são o turismo rural, agricultura e pecuária, indústria madeireira, com destaque na produção de papel e celulose.

Lages está localizada no Planalto Serrano, a 223 km de Florianópolis, com uma área de 2.644,31 km<sup>2</sup>. O clima subtropical, a uma altitude de 850 a 1500 metros acima do nível do mar, propicia uma temperatura média anual de 14,3 C, no

inverno alcança graduação negativa chegando a - 7,4 C, com ocorrência de geadas e nevascas.

Atualmente, o Município é constituído de 72 bairros e três distritos: Lages (sede), Índios e Santa Teresinha do Salto. As cidades próximas são: São Joaquim, Bom Retiro, Otacílio Costa, Urupema e Correia Pinto. (BRASIL, 2009)

### 2.1.2. A Estratégia Saúde da Família em Lages

No ano de 1994, com o incentivo do MS, foram criados no município de Lages três unidades de PSF nos bairros Santa Catarina, Guarujá e Penha. Em 1995, criaram-se mais cinco unidades, que atuaram até 1997. A nova implantação ocorreu em 2001, reiniciando no mês de outubro, com 16 equipes e 156 funcionários. (OMIZOLLO, 2006, p. 59) De acordo com dados do MS (2009), a ESF no município de Lages está assim distribuída:

Quadro Nº. 1: Estratégia Saúde da Família do Município de Lages, SC - Janeiro a Dezembro 2008

<b>Mês</b>	<b>Nº ACS no SIAB</b>	<b>% cobertura populacional ACS</b>	<b>N de ESF no SIAB</b>	<b>% de cobertura populacional da SF</b>	<b>População</b>
01	260	88.79	40	69.66	168.384
02	260	88.79	40	69.66	168.384
03	260	88.79	40	77.86	168.384
04	260	88.79	40	75.81	168.384
05	258	88.10	40	73.76	168.384
06	260	88.79	40	77.86	168.384

07	222	75.81	38	77.86	168.384
08	222	75.81	38	77.86	168.384
09	222	75.81	38	77.86	168.384
10	222	75.81	38	77.86	168.384
11	260	88.79	38	77.86	168.384
12	273	93.22	38	77.86	168.384

Fonte: Elaborado pela autora, partindo de dados do MS/SAS/Departamento de Atenção Básica (DAB), 2008.

O Quadro N<sup>o</sup>. 1 apresenta um perfil da cobertura da ESF no município de Lages. Podemos perceber que no primeiro semestre de 2008 contávamos com 40 equipes de ESF, reduzindo para 38 no segundo semestre, e a cobertura populacional de ACS teve um aumento, isso nos permite pontuar que as equipes existentes obtiveram um incremento na contratação de ACS's, possibilitando mesmo com uma redução das equipes, um aumento no número de cobertura populacional.

Este estudo foi desenvolvido com cinco ACS's locados nos bairros Centenário e Morro Grande, nos quais está implantada a Unidade de Saúde Centenário que possui as equipes 001 e 002 da ESF.

Na referida unidade atuam dois (2) médicos, dois (2) enfermeiros, três (3) técnicos de enfermagem, treze (13) agentes comunitários de saúde, dois (2) odontólogos, dois (2) auxiliares de consultório odontológico (ACD).

As informações que seguem foram fornecidas pelo responsável da unidade, os dados foram coletados do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), no dia nove de agosto de 2008, referentes ao mês de julho de 2008; as atualizações são realizadas no final de cada mês.

Quadro N<sup>o</sup>. 2: Consolidado das Famílias Cadastradas na UBS Centenário – Área  
001 – Idade e Gênero

<b>Sexo</b>	<b>&lt; 1</b>	<b>1<sup>a</sup>4</b>	<b>5<sup>a</sup>6</b>	<b>7<sup>a</sup>9</b>	<b>10<sup>a</sup>14</b>	<b>15<sup>a</sup>19</b>	<b>20<sup>a</sup>39</b>	<b>40<sup>a</sup>49</b>	<b>50<sup>a</sup>59</b>	<b>&gt; 60</b>	<b>Total</b>
<b>Masc</b>	21	132	74	132	208	173	679	214	151	159	1943
<b>Fem</b>	28	131	68	122	213	178	683	242	182	200	2047
<b>Total</b>	49	263	142	254	421	351	1362	456	333	359	3990

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

Quadro N<sup>o</sup>. 3: Consolidado das Famílias Cadastradas na UBS Centenário – Área  
002 – Idade e gênero

<b>Sexo</b>	<b>&lt; 1</b>	<b>1<sup>a</sup>4</b>	<b>5<sup>a</sup>6</b>	<b>7<sup>a</sup>9</b>	<b>10<sup>a</sup>14</b>	<b>15<sup>a</sup>19</b>	<b>20<sup>a</sup>39</b>	<b>40<sup>a</sup>49</b>	<b>50<sup>a</sup>59</b>	<b>&gt; 60</b>	<b>Total</b>
<b>Masc</b>	30	163	89	143	248	235	676	209	128	174	2095
<b>Fem</b>	24	156	67	143	230	229	700	240	162	220	2171
<b>Total</b>	54	319	156	286	478	464	1376	449	290	394	4266

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

Percebemos que a área 001 (Quadro N<sup>o</sup>. 2) apresenta um número pouco menor de pessoas em relação à área 002 (Quadro N<sup>o</sup>. 3). A diferença de gênero não apresenta um resultado significativo. A idade com maior número é de 20 a 39 anos em ambas as áreas, idade esta que, conforme diversos autores que estudam sobre população, é a faixa considerada em plena produção econômica, que apresenta uma maior capacidade de planejamento e execução de estratégias de sobrevivência, tanto de produção de renda como de consumo, além de níveis de autonomia.

Quadro Nº. 4: Consolidado das Famílias Cadastradas da UBS Centenário –  
Área 001 - Doenças

<b>Idade</b>	<b>ALC</b>	<b>CHA</b>	<b>DEF</b>	<b>DIA</b>	<b>DMI</b>	<b>EPI</b>	<b>HA</b>	<b>HAN</b>	<b>MAL</b>	<b>TB</b>
<b>0 a</b>	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-
<b>14</b>	-	-	2,018	-	-	-	-	-	-	-
<b>15 a</b>	16	1	28	97	7	7	381	-	-	1
<b>Mais</b>	0,56	0,03	0,98	3,39	0,24	0,24	13,32	-	-	0,03
<b>Total</b>	16	1	30	97	7	7	381	-	-	1
	0,40	0,03	0,75	2,43	0,18	0,18	9,55	-	-	0,03

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB

Quadro Nº. 5: Consolidado das Famílias Cadastradas da UBS Centenário –  
Área 002 - Doenças

<b>Idade</b>	<b>ALC</b>	<b>CHA</b>	<b>DEF</b>	<b>DIA</b>	<b>DMI</b>	<b>EPI</b>	<b>HA</b>	<b>HAN</b>	<b>MAL</b>	<b>TB</b>
<b>0 a</b>	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-
<b>14</b>	-	-	1,01	-	-	-	-	-	-	-
<b>15 a</b>	14	-	43	89	-	12	293	-	-	2
<b>Mais</b>	0,47	-	1,45	2,9	-	0,40	9,56	-	-	0,07
<b>Total</b>	14	-	56	89	-	12	293	-	-	2
	0,33	-	1,31	2,9	-	0,28	6,87	-	-	0,07

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

Mesmo o número de moradores cadastrados da área 001 (Quadro Nº. 4) sendo menor que o da área 002 (Quadro Nº. 5), percebe-se um número maior de etilistas, diabéticos, hipertensos na área 002. Na área 002 não há registro de usuários cadastrados que apresentem deficiência mental, isso caracteriza que os dados foram inclusos como deficientes físicos e mentais juntos.

Quadro Nº. 6: Consolidado das Famílias Cadastradas da UBS Centenário –  
Área 001 e Área 002 – Gestantes

Idade (anos)	Área 001		Área 002	
	N	%	N	%
<b>10 a 19</b>	7	1,79	13	2,83
<b>20 a mais</b>	21	1,61	27	2,04
<b>Total</b>	20	1,65	40	2,25

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

O Quadro Nº. 6 indica que o número de gestantes da área 002 é o dobro em comparação com a área 001, importante que seja observado o número de gestantes na idade de 10 a 19 anos. Cabe ressaltar que as ações de saúde devem ser direcionadas partindo também do perfil epidemiológico do bairro, nesse caso a incidência de gestação com idade desfavorável e o risco de doenças sexualmente transmissíveis. O uso de preservativo masculino ou feminino ainda não é significativo apesar das campanhas vinculadas pela mídia nacional e local.

Quadro Nº. 7: Consolidado das Famílias Cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Número de Famílias, Escolaridade e Cobertura Plano de Saúde

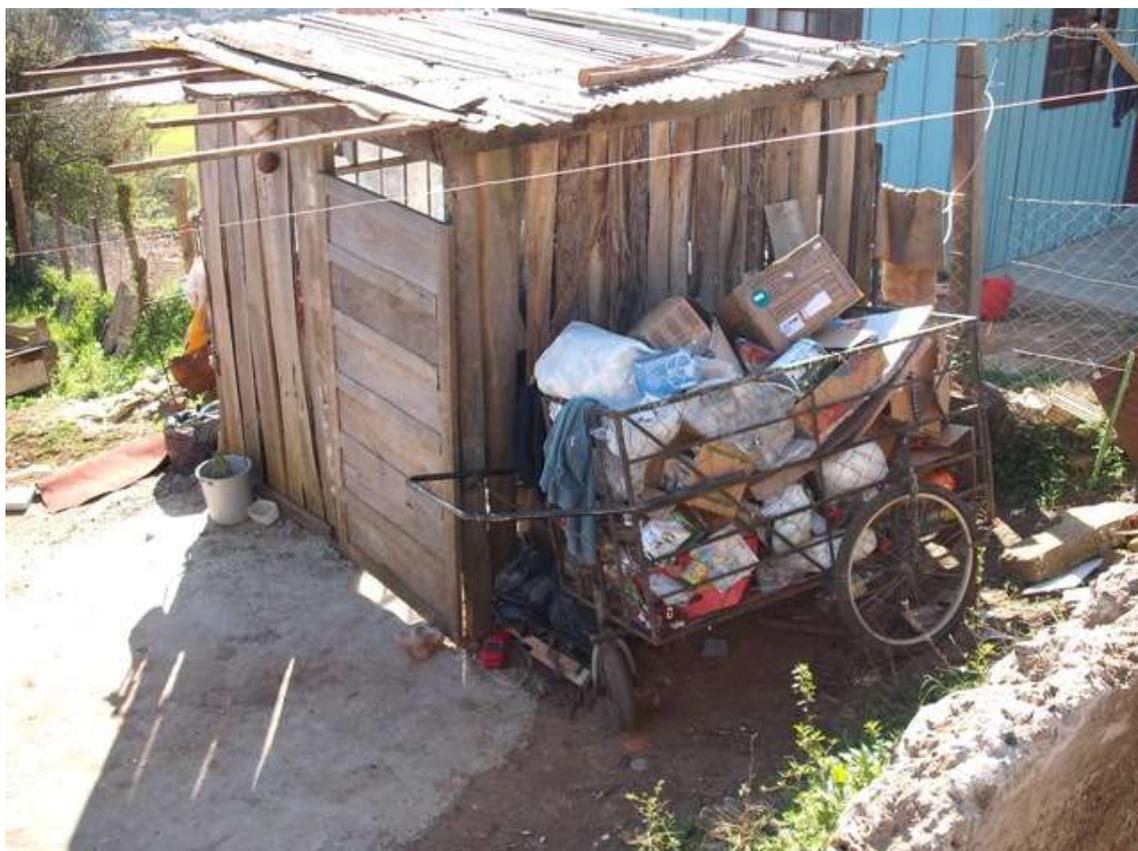
Nº. de famílias estimada	Área 001		Área 002	
	Nº	%	Nº	%
<b>Famílias cadastradas</b>	1030	-	1080	-
<b>7 a 14 nos na escola</b>	672	99.56	751	90.3
<b>15 a mais anos alfabetizados</b>	2704	94.51	2730	92.1
<b>Pessoas cobertas c/ plano de saúde</b>	161	4.04	30	0.7

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

No Quadro Nº. 7 percebemos que o número de pessoas alfabetizadas da área 001 é superior em relação à área 002. O MS em orientação quanto ao preenchimento dos relatórios que compõem o SIAB, pontua como “alfabetizado o indivíduo que sabe ler e escrever no mínimo um bilhete. O indivíduo que apenas assina o nome não é considerado alfabetizado” (BRASIL, 1998, p.15).

Outro dado relevante que o quadro apresenta é o número de usuários cadastrados da área 001 com cobertura de plano de saúde em relação à área 002, a maioria desses convênios é empresarial, o que caracteriza um número maior de empregos formais na referida área. Na área 002 o número de famílias que sobrevive de empregos não formais, como reciclagem, é significativo, como podemos observar na Foto Nº 01, meio de transporte e coleta do material reciclável.

Foto Nº. 1 - Veículo Usado Para Transporte na Coleta de Material Reciclado



Fonte: Autora da pesquisa

Quadro Nº. 8: Consolidado das Famílias Cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Abastecimento de Água

	Área 001		Área 002	
	Nº	%	Nº	%
<b>Abastecimento de água</b>	1076	99.63	1008	99.02
<b>Rede pública</b>	1	0.09	1	0.09
<b>Poço ou nascente</b>	3	0.28	1	0.09
<b>Outros</b>	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

Na área 002 está localizada em uma viela, uma cacimba que é utilizada pelos moradores próximos para os animais, como cavalos, cachorros, gatos, ratos, sendo que uma das residências usa também a água da cacimba para consumo humano. Registram-se ainda várias outras cacimbas nesse mesmo bairro, em que a água é utilizada para consumo humano e para os animais. Na Foto Nº. 2, como podemos observar, apresentamos uma nascente, onde a água é encanada e depositada em um reservatório, apresentado na sequência Foto Nº. 3.

Foto Nº. 2 - Nascente de Água: Usada Para Consumo Humano e Animal.



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 3 - Reservatório da Água da Cacimba



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 4 – Cacimba



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 5 - Cacimba: Animais que Bebem Água na Cacimba



Fonte: Autora da pesquisa

Quadro Nº. 9: Consolidado das Famílias Cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Destino do Lixo

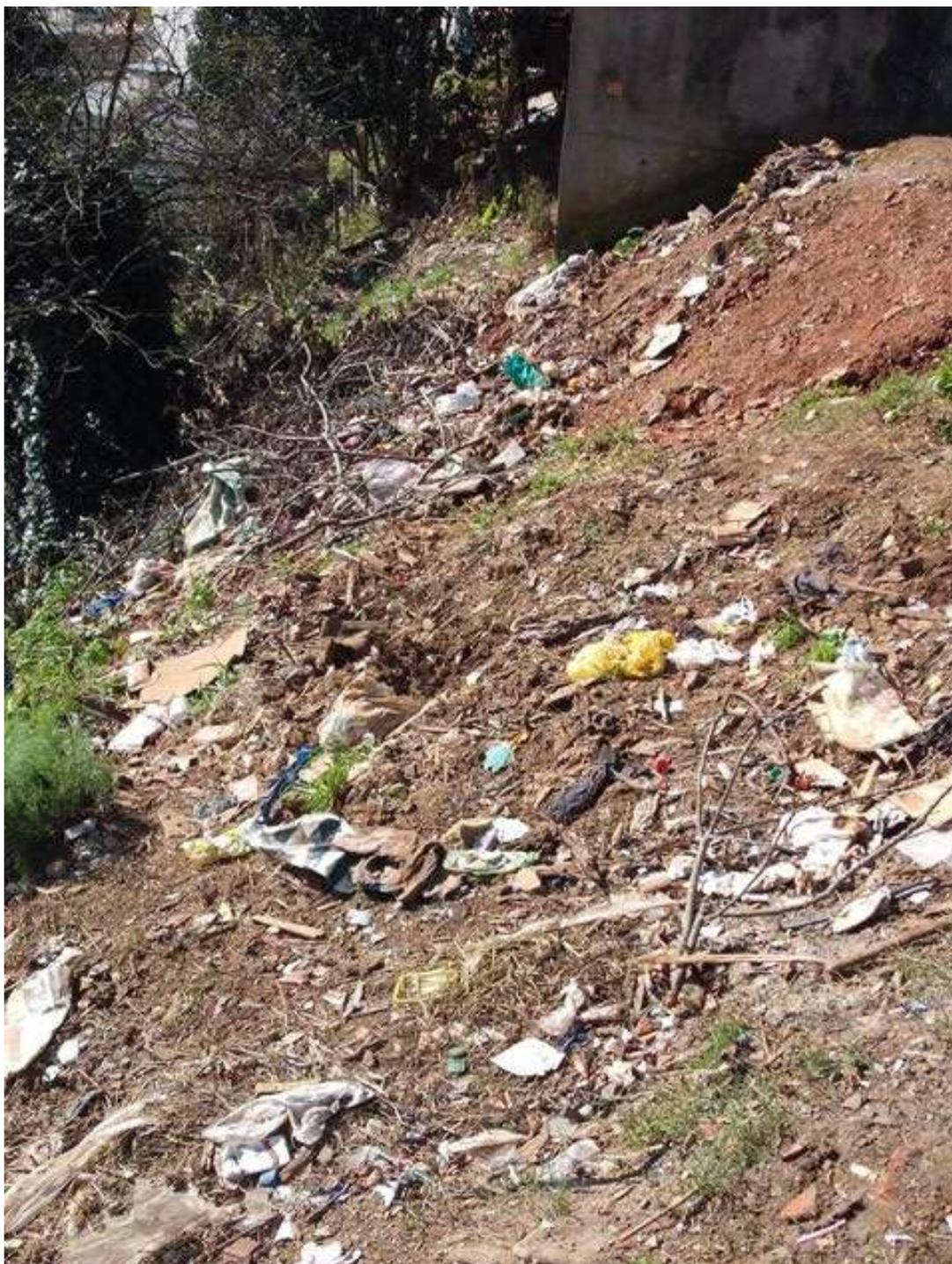
Destino do Lixo	Área 001		Área 002	
	Nº	%	Nº	%
<b>Coleta pública</b>	1080	100	1006	99.63
<b>Queimado/enterrado</b>	-	-	3	0.2
<b>A céu aberto</b>	-	-	1	0.09

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

Podemos observar que há discrepância nos dados aqui apresentados, a realidade do bairro apresenta significativa quantidade de lixo a céu aberto. O bairro possui o serviço de coleta de lixo regular, porém um dos motivos da grande quantidade de lixo espalhada é que os moradores acondicionam de forma inadequada as sacolas, sendo rasgadas pelos cachorros, que são em grande

número (Foto Nº. 7 e 9). Outro fator significativo é a dificuldade de acesso dos caminhões de coleta de lixo, existem áreas íngremes bem como becos estreitos dificultando o acesso ao caminhão de coleta (Foto Nº. 8).

Foto Nº. 6 - Lixo a Céu Aberto



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 7 - Elevado Número de Cachorros e Lixo a Céu Aberto.



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 8 - Lixo a Céu Aberto: Terreno Íngreme.



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 9 - Lixo Armazenado de Forma Inadequada



Fonte: Autora da pesquisa

Quadro Nº. 10: Consolidado das famílias cadastradas da UBS Centenário –  
Área 001 e Área 002 – Água no domicílio

Água no domicílio	Área 001		Área 002	
	Nº	%	Nº	%
<b>Filtrada</b>	1	1.69	-	-
<b>Fervura</b>	3	0.28	-	-
<b>Clorada</b>	31	2.87	-	-
<b>Sem tratamento</b>	1078	95.19	1090	100

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

A orientação do MS para o preenchimento dessa informação é “... tratamento de água feito continuamente no domicílio. Não considerar o tratamento de água realizado pela empresa fornecedora” (BRASIL, 1998, p.19). A área 001 apresenta dados não compatíveis com a condição local, no item clorada, pois foi considerada a

cloração da rede externa ao domicílio pela empresa fornecedora. Essa incompatibilidade de informações resulta de um somatório de fatores, dentre estes, citamos o desconhecimento por parte das agentes do correto preenchimento das fichas A. Este é um instrumento base para a inclusão do morador ao sistema, bem como a importância que desta informação possui para a readequação de condutas, mudanças essas que podem influenciar na melhoria da condição de saúde da população. A Foto N.º. 10 demonstra uma realidade de abastecimento de água da cacimba usada para consumo humano.

Foto nº 10 - Água da Cacimba Usada Para Consumo Humano.



Fonte: Autora da pesquisa

Quadro Nº. 11: Consolidado das Famílias Cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Destino Fezes e Urina

Destino das fezes e urina	Área 001		Área 002	
	Número	%	Numero	%
<b>Sistema de Esgoto</b>	1	0,09	42	3,85
<b>Fossa</b>	876	76,48	723	66,33
<b>A céu aberto</b>	253	23,43	325	29,82

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

Foto Nº. 11 - Esgoto a Céu Aberto



Fonte: Autora da pesquisa

O bairro não possui sistema de esgoto (Foto Nº. 11), conforme o MS preconiza, o que evidencia que as informações da área 002 não são fidedignas, mais uma vez desenhando um cenário distorcido da realidade e dificultando ações efetivas que usem esses dados como base. O esgoto é canalizado (Foto Nº. 12, 13),

porém, não sofre nenhum tipo de tratamento. Algumas vezes, percebe-se como nas imagens que seguem que o destino é o terreno baldio vizinho à moradia ou mesmo a rua.

Foto Nº. 12 - Canalização do Esgoto



Fonte: Autora da pesquisa

O Município, em parceria com o Estado, construiu módulos sanitários a moradores carentes. Para esses módulos foi construído um sistema de fossa, destinado exclusivamente para dejetos sanitários. O que se observa é que muitos módulos foram transformados em cozinhas, pois na residência era a única água

encanada, e os dejetos desprezados nesse sistema que não dispunha de caixa de gordura, provocou um entupimento e transbordou para o solo causando contaminação. Os moradores retiram suas casas, mantendo somente o módulo, assim o terreno adquire um valor melhor. Após a venda do terreno com o módulo, adquirem outro terreno que não dispõe de banheiro, entrando na fila de espera novamente para ser contemplado pelo município. Ainda é comum encontrar latrinas, nominadas pelos moradores de patente ou privada.

Foto Nº. 13 - Canalização de Esgoto



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 14 – Módulo Sanitário.



Fonte: Autora da pesquisa

Foto nº. 15 - Patente ou Privada



Fonte: Autora da pesquisa

Quadro Nº. 12: Consolidado das Famílias Cadastradas da UBS Centenário – Área 001 e Área 002 – Tipo de casa

Tipo de Casa	Área 001		Área 002	
	Nº	%	Nº	%
<b>Tijolo/adobe</b>	538	49,81	434	39,82
<b>Taipa revestida</b>	-	-	1	0,09
<b>Taipa ã revestida</b>	-	-	1	0,09
<b>Madeira</b>	541	0,09	643	59,91
<b>Material aproveitado</b>	1	0,09	-	-
<b>Outro</b>	-	-	1	0,09

Fonte: Elaborado pela autora partindo de dados do SIAB, jul/2008

Peixer (2002) relata que na região ocorreram processos distintos, por um lado a busca pela ocupação do território, por outro, dialogando com a cultura do tropeiro, que fazia dali, ponto de passagem e apoio para o comércio, sendo necessária a criação do código de postura promulgado pela Lei Nº. 6 de 9 de julho de 1895, em seu artigo 20, no parágrafo 7, define que as fachadas das residências devem ser construídas de pedra ou tijolo, o que era dispendioso para grande parte da população, somado a isso, o artigo 39 evidencia um processo de eliminação das residências carentes, ao estipular multas significativas para condições de moradia que esteticamente estivessem em desacordo com o código em vigor. (PEIXER, 2002, p. 68). Portanto, esta foi a estratégia para fixação da população, expulsando do centro da cidade para as periferias famílias que moravam em casas de madeira e tinham hábitos menos sedentários. Podemos observar na foto 16 que o bairro em estudo é o resultado dessa seleção e exclusão pertencente à história do município.

Cabe ressaltar que a área 002 não apresenta registro de casas construídas com material aproveitado, e essa é uma realidade que se faz muito presente no bairro, como pode ser observado pelas imagens que seguem (foto 17, 18 e 19)

Foto Nº. 16 - Moradia de Madeira



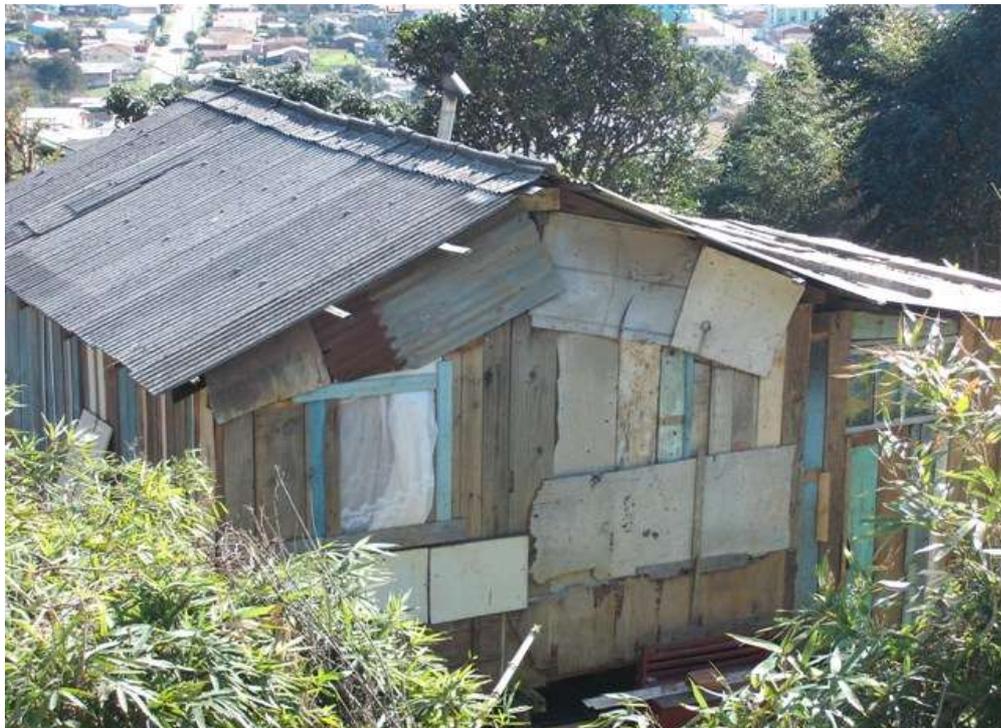
Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 17- Moradia de Material Aproveitado.



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 18 - Moradia de Material Aproveitado.



Fonte: Autora da pesquisa

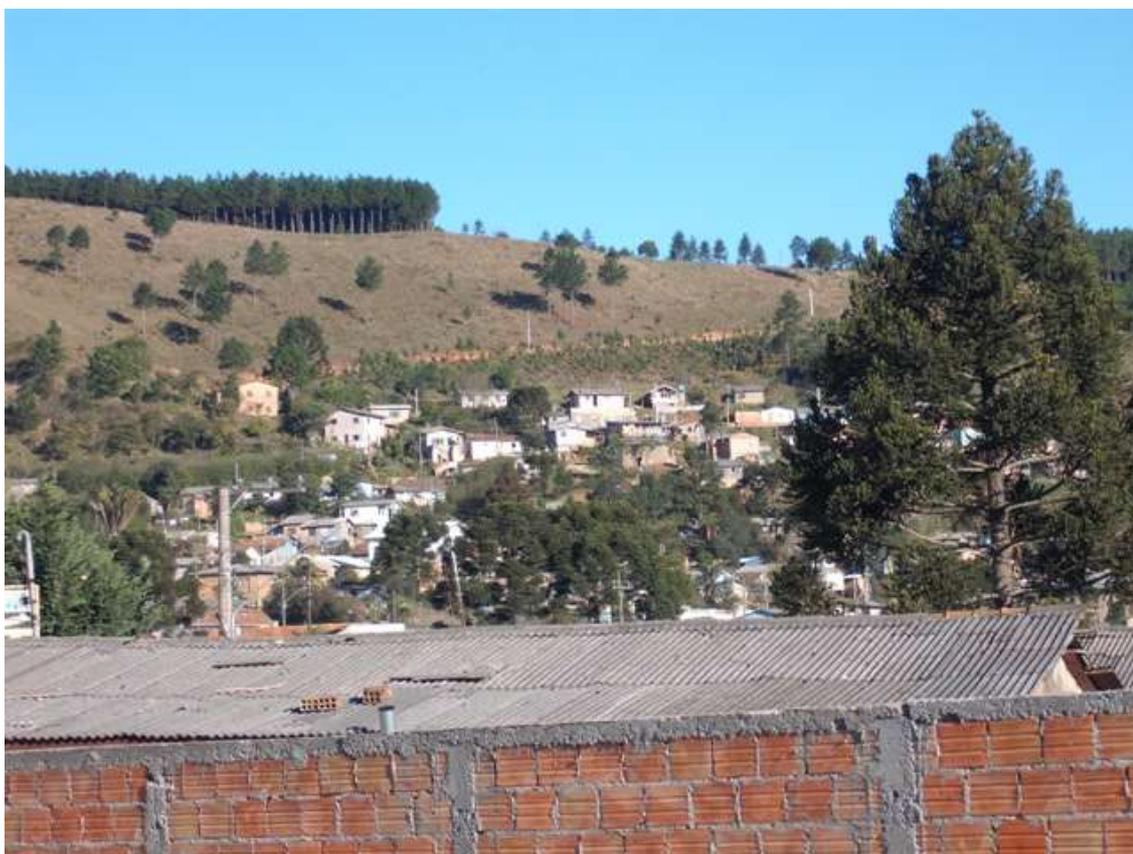
Foto Nº. 19 - Moradia de Material Aproveitado.



Fonte: Autora da pesquisa.

A apresentação das condições sócio-sanitárias do bairro em estudo mostra um espelho da realidade local. Os dados apresentados são coletados pelos ACS'S e fornecidos a Unidade Básica de Saúde (UBS) para que sejam consolidados e encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e posteriormente à Secretaria do Estado de Saúde (SES) e ao MS, para desenvolver estratégias de ação frente à realidade. A foto que segue (Foto N.º. 20) apresenta a vista parcial do Bairro Morro Grande, de Lages SC, na seqüência (Foto N.º. 21), moradores do bairro em seu dia-a-dia.

Foto N.º. 20 - Vista Parcial do Bairro Morro Grande, Lages, SC.



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 21 - Moradores do Bairro transportando um fogão



Fonte: Autora da pesquisa

A Foto Nº. 21 resgata o pensamento de que a solidariedade sobrepõe-se às dificuldades. Os moradores “têm um saber muito rico que lhes permite viver com alegria em meio a situações tão adversas”, (BRASIL, 2007, p. 31). São moradores que, apesar das diversidades, compartilham seu cotidiano com alegria e se sentem protegidos, pois seu bairro é “privilegiado”.

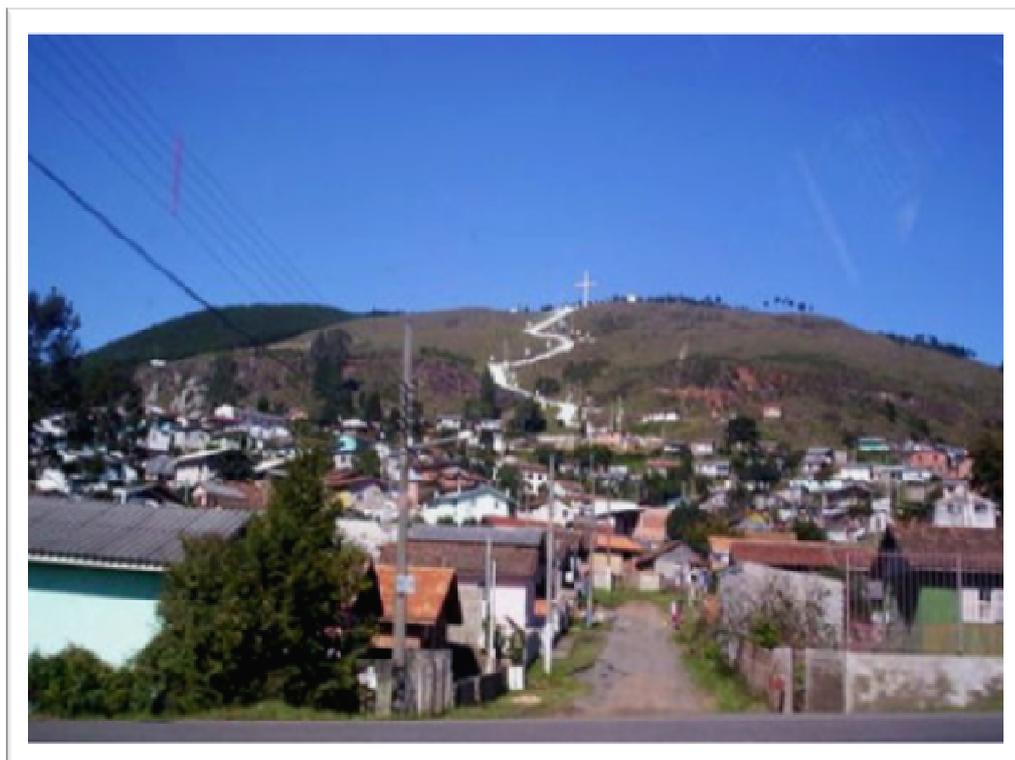
Um dos pontos turísticos da cidade de Lages é o Morro da cruz, local de onde se pode visualizar a cidade (Foto Nº. 22). Nesse local foi erguida uma cruz e há uma escadaria contendo 365 degraus (Foto Nº. 23). Esse ponto turístico está localizado no Bairro em que as ACS's participantes do estudo desenvolvem suas funções. A comunidade tem orgulho desse ponto de referência, e consideram que o bairro é protegido e acompanhado de forma diferenciada pelas crenças religiosas.

Foto Nº. 22 – Vista da Cidade Lages, SC pelo Bairro Morro Grande



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 23 – Vista Parcial do Bairro e do Morro da Cruz



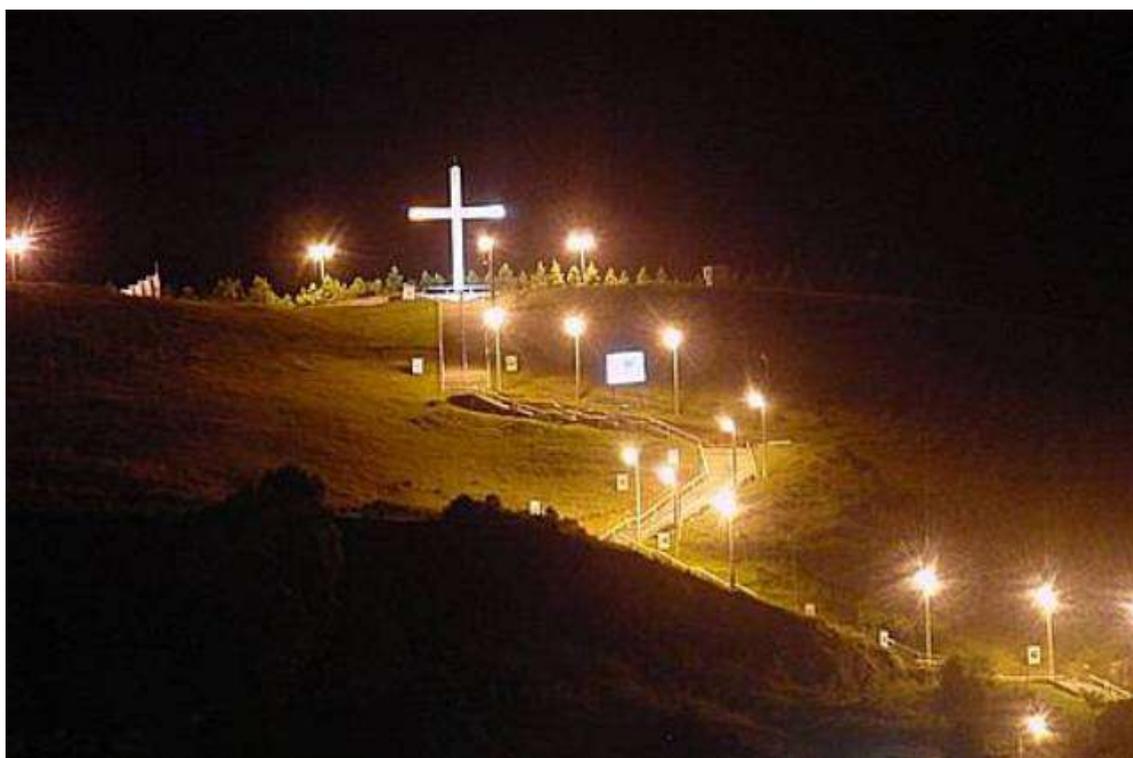
Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 24 – Morro da Cruz



Fonte: Autora da pesquisa

Foto Nº. 25 – Vista Noturna do Morro da Cruz



Fonte: Autora da pesquisa

Na semana Santa, a economia do bairro se fortalece. A população de Lages tem por costume subir as escadarias como forma de penitência e agradecimentos, esse movimento religioso propicia a venda de artigos diversos, o que melhora a renda da comunidade (cultura de fronteira). O preconceito que marginaliza o bairro durante o ano, nesta época é esquecido, e a comunidade de Lages se apropria de um patrimônio que os moradores do bairro consideram como seu, porém permitem esse compartilhar pelos benefícios resultantes dessa atitude. (Fotos Nº 24 e Foto Nº 25)

A Foto Nº. 26 demonstra a beleza que se vislumbra ao pé da cruz, no alto do morro. Este cenário propicia aos praticantes de voo livre momentos de lazer, caracterizando um pertencimento ao morro e uma determinada exclusão dos moradores desse bairro que ficam como observadores passivos de um momento em que o céu ganha cor e movimento, formalizando assim as fronteiras da condição social no cenário lageano.

Foto Nº. 26 - O Morro da Cruz e a Prática de Esportes



Fonte: Autora da pesquisa

As características do bairro influenciam de forma direta a atuação das ACS's em suas práticas educativas. Ao buscar na realidade subsídios para a intervenção em educação e saúde, faz-se necessário que o dia- a- dia desses moradores, com suas alegrias, angústias, fazeres e afazeres seja conhecido, decodificado e estruturado para se obter orientação das formas efetivas de ação.

## 2.2. Sujeitos Integrantes do Estudo

Os integrantes deste estudo foram cinco ACS's de uma equipe do ESF, do município de Lages, SC. A escolha desses sujeitos foi pautada na representatividade comunitária e legitimidade, gerando grande amizade e respeito que se formou no período de três anos em que juntas trabalhamos, o que possibilitou viver o dia- a- dia dessas profissionais enquanto educadoras de saúde, com suas práticas e vivências dificuldades e angústias, saberes e fazeres.

Mulheres de ouro, garra, força, disposição e amor ao que fazem. Desempenhando seus papéis com o coração e lutando com força por seus ideais. Vivem pela construção de uma sociedade com mais saúde, possibilitando com sua sensibilidade e saberes, mudanças em algumas práticas de atenção à saúde.

Quadro N<sup>o</sup>. 13: Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde Entrevistados.

Codinome	Idade (anos)	Escolaridade	Tempo de serviço	Religião	Estado civil	N <sup>o</sup> . de filhos
Luz	48	Cursando 2 <sup>o</sup> grau	5 a e 1 m	Católica	Casada	3
Esperança	47	Cursando 2 <sup>o</sup> grau	4 a e 1 m	Evangélica	Casada	4
Matutina	50	2 <sup>o</sup> grau	8 a e 2 m	Católica	Solteira	0
Sol	53	2 <sup>o</sup> grau	8 a e 2 m	Espírita	Solteira	1
Estrela	36	Cursando 2 <sup>o</sup> grau	6 a e 1 m	Evangélica	Casada	3

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa, jul/2008

O Quadro Nº. 13 nos apresenta o perfil dos sujeitos desse estudo, no qual se pode observar que a idade varia entre 36 a 50 anos. Por exigência do trabalho, as que não possuem 2º grau completo estão em fase de conclusão. A rotatividade das profissionais é bastante reduzida. Em se tratando de religião e diversidade, Da Matta (1986) apresenta um olhar que vem ao encontro da realidade.

...essas experiências religiosas são todas complementares entre si, nunca mutuamente excludentes. O que uma delas fornece em excesso, a outra nega. O que uma permite, a outra pode proibir. O que uma intelectualiza, a outra traduz num código de sensual devoção. (DAMATTA, 1986, p.115).

A religiosidade presente nesse grupo é forte e variada, porém, mostra-se complementar, numa zona de fronteira (HOLANDA. 2006) entre o mundo em que vivemos e um outro mundo, com deuses, orixás, santos, espíritos e anjos, que permite falar e ser ouvido e receber os deuses em seu próprio corpo, permitindo assim uma comunicação livre, valorizando todos.

O grupo naturalmente possui diferenças, mas que o coletivo as remete a uma transformação dos interesses particulares em prol dos anseios estratégicos da comunidade. O ser alguém e ser ninguém na periferia pressupõe a construção de um projeto de vida como espaço de mediação entre as pessoas, casa, rua e trabalho, mesmo que as fronteiras entre os espaços não possam ser demarcadas com precisão. Este projeto de vida coletivo se sustenta pela idéia de cuidado com o outro, não é sem razão que o trabalho se dá na casa e na rua e todas as integrantes do grupo são mulheres, que pensam o seu cotidiano além do âmbito privado, estando inseridas no espaço público e político da comunidade e do trabalho.

Em seu estudo sobre as mulheres sanitaristas, Dias (1991) apresenta que dentre as atribuições consideradas da competência feminina, há grande relação entre a mulher e a saúde da família, iniciando pelo comprometimento da mulher com as necessidades primárias das crianças; assumindo em seu cotidiano práticas de higiene junto a casa, filhos e família, buscando um nível de não - doença; assumindo

por seu grande convívio domiciliar, em grande parte, práticas educativas dos filhos, na sua formação de crenças, hábitos, visões; atuando no aspecto socioeconômico, tentando racionalizar gastos, elegendo prioridades e por sua experiência cotidiana junto com os cuidados da casa e da saúde da família, possibilita às mulheres serem detentoras de um saber acumulado em saúde.

As mulheres, pelas especificidades de suas condições de vida, assumem a área de cuidados com a saúde nos seus vários aspectos, físico, mental e social e, tentam, preventivamente, garantir um nível razoável de saúde dos seus familiares. Elas tentam atuar, tanto preventiva como curativamente, no processo saúde/doença, apesar dos escassos recursos disponíveis... as mulheres acabam também advogando melhores recursos em benefício dos direitos à saúde dos seus. (DIAS, 1991. P. 29)

As participantes do estudo, todas mulheres, são detentoras de um saber acumulado em saúde devido à sua experiência e vida diária, desenvolvem em suas práticas cotidianas uma diversidade de atividades educativas de saúde, que iniciam em suas famílias e são expandidas em suas áreas de atuação junto à comunidade.

## **2.3. Descrevendo as Etapas Metodológicas**

### **2.3.1. Apresentação da proposta aos sujeitos integrantes do estudo**

Esta etapa constitui-se na apresentação oral da proposta de estudo e de seus aspectos éticos, a cada um dos sujeitos participantes. Para este estudo, foi obtida a autorização formal dos participantes através de Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) (Anexo II), além de serem observados alguns aspectos éticos, dentre eles: esclarecimento aos sujeitos sobre os objetivos do estudo e justificativa da pesquisa; anonimato dos sujeitos pesquisados, garantindo sigilo, quanto à sua identidade; acesso a qualquer tipo de informação solicitada pelos sujeitos da pesquisa e garantia de recusa à participação no estudo, escolha de codinomes a cada participante da pesquisa.

### 2.3.2. Aplicação das entrevistas: Narrativas de campo.

Quando se pesquisa a educação popular em saúde sob a ótica das ACS's, é necessária uma aproximação com esses profissionais de saúde para um entendimento de como ocorre esse processo entre o conhecimento científico e o saber popular. Para tanto, apresento a narrativa do trabalho de campo, que possibilitou uma visão ampliada da atuação das ACS's enquanto educadoras.

A primeira entrevista foi realizada no dia sete de junho de 2008. Era um sábado, 15 horas, dia nublado, frio, a cidade bastante úmida. Dirigi-me a um bairro bastante conhecido, pois nele trabalhei durante três anos como enfermeira do Programa Saúde da Família. As ruas, casas e pessoas são familiares. Abro o vidro do carro, ando devagar, um pouco para baixar a ansiedade, um pouco para buscar nos rostos que vão passando um conhecido, e com isso me sentir ainda parte dessa comunidade carente, sofrida e amiga.

Chego à casa de Luz. A vizinha, velha conhecida, chama-me pelo nome, diz ter saudade e que a neta que eu acompanhei quando ainda estava para nascer, e depois ajudei a mamar, hoje está completando três anos. Chama a menina para que eu veja, ela aparece à porta, cumprimenta. Sua avó exclama: "... Veja como tá grande e viçosa!" Sua filha aproxima-se e pergunta quando voltarei, diz que tem

saudade e que só fará o preventivo quando eu voltar. Converso com ela, enquanto minha primeira entrevistada não aparece.

Chamo novamente Luz, então seu marido aparece e convida para entrar, diz que Luz está lá atrás e que já vem. Quando encontro Luz, ela me recebe com um abraço cheio de calor, amizade, companheirismo. No seu abraço, recebo uma energia que só os amigos são capazes de sentir. Vamos para a cozinha, que é clara e limpa, tem aconchego, é lá que nos sentamos para beber um gostoso chimarrão e pôr a prosa em dia.

Falamos do grupo de colegas de trabalho, como cada um está, e como estão como grupo. Aos poucos falamos de um e outro morador que está doente, quem entrou, quem saiu, quem nasceu, quem partiu, quem pede por mim, quem não me conhece e o dia- a- dia dessa gente que marcou minha vida.

O ambiente é descontraído e sinto-me acolhida. Esse é o principal motivo da escolha dessa mulher maravilhosa para ser a primeira entrevistada. Apresento a Luz minha proposta de pesquisa, digo o quanto é importante o papel que o Agente Comunitário de Saúde desenvolve e esse é um dos fatos que me instigou para buscá-las como parceiras na construção desse momento especial de minha vida acadêmica. Prontamente ela diz que vai me ajudar no que for possível. Apresento o TCLE, solicito a permissão para gravação de nossa conversa, Luz assina o termo e autoriza a gravação. Abro a bolsa, pego o gravador, respiro para impor um ritmo ao coração, olhos e ouvidos, tranquilidade para captar o melhor desse precioso momento. É necessário que a percepção e a intuição estejam afloradas para registrar o maior número de informações desse encontro.

Conversamos por mais de uma hora. Seu marido participa desse momento, é um encontro alegre e cheio de informações. As respostas fluem naturalmente. Ao término, fica a possibilidade de voltar sempre que necessário.

Entro no carro e sinto nesse momento o quanto as informações vieram ao encontro dos meus anseios de pesquisadora, evidenciando que a escolha dessas educadoras foi importante e acertada. Saio do bairro e parece que a ausência do sol já não me incomoda, o clima frio, os semáforos, a música do CD, são só pano de

fundo. Meu pensamento está como o vento, passando muito rápido, chocando contra muitas idéias; apesar da temperatura, minha cabeça está quente.

A segunda entrevista foi realizada no dia oito de junho de 2008, domingo, tarde de sol forte, o que deixa o clima quente para essa época do ano. São 15 horas, organizo-me, pego o carro e mesmo sem ter entrado em contado com nenhuma ACS vou para o bairro. Chego à casa de Estrela, a vizinha me relata que ela não está, saiu de manhã para passear com os filhos e marido e que ainda não voltou. Agradeço, entro no carro e vou à casa de Sol. Agora chove muito forte, parece chuva de verão. Na casa de Sol, seu tio, que tem acuidade motora, faz gestos de dentro de casa, dando a entender que Sol não está. Despeço-me e vou em frente.

Vou à casa de Esperança, que me recebe feliz, trabalhei com ela durante os três anos em que atuei como enfermeira nessa comunidade. Iniciamos praticamente juntas, Ela em abril e eu em maio de 2004. Sua área de abrangência é uma das mais carentes, muitas famílias vivem de reciclagem, muitos são autônomos, o poder aquisitivo é baixo, o consumo de drogas lícitas e ilícitas é grande, desencadeando fatores como violência física, verbal e sexual.

O morro e seus moradores são importantes para mim, foi uma fase de minha vida profissional e pessoal, onde aprendi a respeitar e valorizar o outro. A viver em um universo diferente, forte, com leis próprias, e uma organização adequada ao meio, cabendo a quem chegar adaptar-se a ela.

Na casa de Esperança, sua mãe, idosa, está sentada numa cadeira perto da porta, de onde pode enxergar a rua; seu filho esta na garagem, recolhendo uma gaiola com o passarinho; na cozinha está sua filha mais nova e seu neto. Criança com 3 anos, que acompanhei durante a gestação, o parto e o primeiro ano de vida. Sento-me à cozinha, sempre muito limpa e sou convidada a tomar um chimarrão. Conversamos sobre as andanças desses dois anos em que já não trabalhamos juntas, como estão as famílias que eu também conheço, as novas propostas de trabalho e sobre as recordações do tempo em que trabalhamos juntas. Vamos matando a saudade, recordando nossa trajetória, as lutas e vitórias.

Apresento minha proposta de pesquisa e prontamente Esperança se propõe a participar. Apresento o TCLE que ela assina e autoriza também a gravar a entrevista. Seu rosto apresenta satisfação por fazer parte desse momento. Luz já havia contado que eu fora a sua casa convidá-la a participar de um estudo. Esperança estava esperando que eu também a convidasse para participar, isso fez com que minhas entrevistas fluíssem de maneira muito natural, o que só veio a facilitar meu estudo. Conversamos durante uma hora e acordamos a possibilidade de retornar sempre que necessário. Mais uma etapa cumprida. Mais uma vez a satisfação de ter essas pessoas lutadoras como parte de meu estudo.

A terceira entrevista foi realizada no dia dezesseis de junho de 2008, segunda-feira, às 17 horas. O expediente das ACS's está encerrando. Dirijo-me à Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalha Matutina, que será a entrevistada. Converso com as técnicas e a médica, espero a UBS fechar. Enquanto espero, a responsável pelo Centro Social Urbano (CSU) vem a meu encontro, abraçamo-nos de forma afetuosa, não são necessárias palavras, a energia as substitui nesse momento. Peço uma sala para realizar a entrevista e prontamente foi cedida. Convido Matutina e vamos para a sala.

Explico a proposta, apresento o TCLE, peço que escolha um codinome e solicito sua autorização para gravar nossa conversa. Autorizada a gravação, a escolha do codinome foi tão rápida que parece até que já tinha pensado nisso. O termo de consentimento foi assinado. Matutina é bastante falante, tem uma grande facilidade em se expressar. Por diversas vezes fomos interrompidas, colegas que ficaram sabendo que eu estava na CSU foram me abraçar. Por um lado é bom saber que a amizade permanece, apesar do afastamento, por outro, a entrevista foi interrompida e tivemos que retomar. Às 18 horas o CSU foi fechado, acabamos a entrevista no carro.

Depois de duas horas de conversa, levei Matutina até sua casa. Aos poucos vai se desenhando a pesquisa. Junta-se a teoria com a vivência desses sujeitos e cada vez mais me motiva a continuar as entrevistas e a concretizar essa relação.

A quarta entrevista ocorreu no dia sete de julho de 2008, segunda-feira. Anoiteceu muito frio, chuvoso, o dia fora bastante frio, o termômetro marcava seis

graus. Vou hoje a casa de Sol, ela me espera, já combinamos esse encontro. Sua casa é na entrada do bairro, é de madeira e no pátio tem muitas árvores, no momento embaladas pelo vento minuano, característico dessa região, soprando forte nos galhos sem folhas e com um aspecto de recolhimento. O terreno está úmido, o inverno provoca essa cor acinzentada e meio apagada nas árvores e na grama.

Chego ansiosa, e a mais uma abordagem, espero que seja produtiva, pois Sol trabalha no PSF desse bairro desde a sua implantação, ainda como PACS. Sol, ao contrário das características do dia, espera-me irradiando luz; seu sorriso, nesse início de noite ilumina, e nem parece que está chuvoso e úmido, o abraço tem um calor humano que espanta rápido a temperatura baixa que está fazendo. Sou convidada a entrar, sentamo-nos na sala, à mesa.

Apresento minha proposta de estudo, Sol escolhe seu pseudônimo, assina o TCLE e autoriza a gravação da entrevista. Durante a entrevista, seu tio vem até a sala, diz que no outro dia em que estive ali, Sol estava na casa da vizinha, é que ele não se fez entender, parecendo que ela não estava e quando Sol chegou, eu já havia saído. Pediu desculpas e disse que agora, além de difícil para andar está também difícil para se fazer entender, coisas que, segundo ele, a idade faz. A filha de Sol chega e vem juntar-se a nós. Há momentos durante a entrevista em que Sol dirige-se à filha, pois diz que tem coisas de sua vida que ela ainda não sabe. Por um longo tempo sua filha, que é advogada e, portanto, tem em seu dia-a-dia o conhecimento em ouvir, fica ali..., ouvindo... e só ouvindo.

Na entrevista Sol relata para mim seu ser, momentos emocionantes para sua filha, que ouve atenta essa história intrigante, que vai sendo exposta com a alma, entre risos e choro; por vezes, torna-se tão vivo o relato, que Sol vivencia novamente sua trajetória de vida. Depois de gravada a entrevista, a prosa foi de colegas, já são 10 horas, faz 3 horas que estamos conversando. Despeço-me e comunico que se necessário vou voltar para retomar o assunto. Sol se põe à disposição para o que for necessário.

A quinta entrevista foi no dia doze de julho de 2008, um sábado, à tarde. O dia está ensolarado. Estrela está em casa com seu filho mais novo de dois anos, os

outros dois foram com o marido passear. Não tinha agendado a entrevista, mas ela estava à espera de que eu viesse, pois suas colegas de trabalho já haviam dito que eu faria entrevistas com elas e que seriam parte de minha pesquisa.

Estrela recebe-me dizendo que estava só esperando, e que ia ficar muito sentida se eu não a incluísse nessa pesquisa. Seu abraço é sincero, tem aconchego de mãe de filhos pequenos, que acalenta e cobra. Sou convidada a entrar, a casa cheira a pão, que está no forno, e o aroma, de dar água na boca. Diz que cheguei na hora de comer um pãozinho quente com margarina, como gosto, ela não esqueceu.

Apresento a proposta de estudo e prontamente Estrela diz seu pseudônimo, que segundo ela já tinha escolhido. Assina o TCLE e autoriza a gravação da entrevista. Nossa entrevista é interrompida muitas vezes pelo filho que está doente, chora, está inquieto e quer a atenção da mãe. Os dois outros filhos chegam, estão com fome e querem o pãozinho delicioso. A entrevista tem um tempo curto, as perguntas por vezes foram repetidas para que Estrela conseguisse responder. Acho por bem encerrar a entrevista e compartilhar junto da família a mesa farta de amizade e calor humano.

De todas as entrevistas, essa foi com uma dinâmica diferente. Segundo Delgado (2006), no contato com seus entrevistados o entrevistador deve levar em conta as limitações conjunturais, dentre elas a questão de compromisso, indisposições, enfermidades; esses três fatores estavam presentes, mas nem por isso as informações deixaram de ser apresentadas. Estrela mostra claramente sua satisfação em poder fazer parte desse estudo, pondo-se à disposição para novo momento de conversa.

Dia dezenove de julho de 2008, um sábado, volto à casa de Luz. Na primeira entrevista que realizei, tive dificuldade com a gravação e perdi partes importantes da conversa, como achei que estava sendo gravada, não memorizei dados importantes, decidi voltar e retomar alguns tópicos. Como de costume, fui muito bem recebida e prontamente Luz concedeu novo momento de conversação.

Seu marido, que estava presente no primeiro momento, disse que tinha que estar junto, nem que fosse para servir o chimarrão e assim também participar dessa

conversa gostosa. Assim, nessa tarde agradável, coletei mais alguns dados, mas o melhor é que pude compartilhar bons momentos.

### 2.3.3. Registrando os dados

Essa etapa foi realizada através de um diário de campo e da gravação das falas dos entrevistados, as quais foram transcritas na íntegra, pois como aponta Bardin (apud LEOPARDI e RODRIGUES 1999), devemos respeitar a transcrição exata de cada entrevista, devendo preservar o máximo das informações. Essa fase foi de extrema importância para que possibilitasse detectar a lógica que norteia a ação dentro da fala dos sujeitos.

### 2.3.4. Descrevendo o método de interpretação dos dados

O procedimento de análise dos dados coletados por meio das entrevistas semi-estruturadas será realizado pela Análise Temática, apresentada por Minayo (2007) como uma das técnicas da Análise de Conteúdo, o qual considera bastante relevante e apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado... Para uma análise de significados a presença de determinados temas denota estrutura de

relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. (MINAYO, 2007, p. 316)

A sistemática para análise dos dados pela técnica de análise temática, como apresentada por Minayo (2007), inclui as seguintes etapas:

a) *Pré-análise*: fase de organização e sistematização das ideias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado, e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final. A pré-análise pode ser decomposta em quatro etapas: leitura flutuante, na qual deve haver um contato exaustivo com o material de análise; constituição do Corpus, que envolve a organização do material de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação de hipóteses e objetivos, ou de pressupostos iniciais flexíveis que permitam a emergência de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios (neste caso é o momento de correção dos rumos ou abertura para novas indagações).

Nesta fase determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), a forma de categorização e a modalidade de codificação traçando os conceitos mais gerais que orientarão a análise. (MINAYO, 2007, p. 317)

b) *Exploração do material*: trata-se da fase em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, serão identificadas as categorias que são expressões ou palavras significativas para organizar o conteúdo. Minayo (2007, p. 317-318) relaciona as fases: inicialmente a codificação envolve procedimentos de recorte do texto em unidades de registro (palavras, frases, temas relevantes, indicados na pré-análise). Em seguida escolhem-se as regras de contagem, constituindo-se índices de quantificação Posteriormente, realiza-se a classificação e agregação dos dados escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que auxiliarão na especificação dos temas.

c) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: nessa fase, os dados brutos são submetidos a inferências e a interpretações de acordo com o referencial teórico-metodológico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Os resultados obtidos, aliados ao confronto sistemático com o material e às inferências alcançadas, podem servir a outras análises baseadas em novas dimensões teóricas ou em técnicas diferentes.

As categorias que auxiliarão na interpretação de minha caminhada de pesquisa possibilitando um olhar mais próximo são: a educação, a educação popular, a saúde, a educação popular em saúde.

### **3. ENTRE RUAS E ESQUINAS: OS PERCURSOS DA SAÚDE, EDUCAÇÃO POPULAR E ACS**

Este capítulo teve sua construção com a busca de subsídios na literatura para uma análise da trajetória do trabalho em educação, educação em saúde, educação popular e a interação da educação popular em saúde com o agente comunitário de saúde.

#### **3.1. Trabalho e Educação**

A história como ciência pode ser compreendida partindo da análise das condições em que os homens e as mulheres se relacionam para produzir a existência, tendo como um dos elementos básicos a questão do trabalho, algo que uma sociedade capitalista pauta pela divisão social do trabalho. Nessa visão, homens e mulheres não agem isoladamente, mas são classes que se defrontam em função de interesses contraditórios. O choque dessas forças contraditórias compõe a história como salientam os estudos do materialismo histórico e dialético.

A educação tem sua origem nas relações que homens e mulheres estabelecem durante sua existência, assim sendo, não é neutra, pois pode estar a serviço das transformações, na inserção crítica do mundo, bem como a serviço da permanência da acomodação à realidade posta, como única possibilidade.

Partindo dos ensinamentos de Freire (1983), pensar em educação nos remete a pensar sobre o ser humano e encontrar em sua natureza o fundamento que dá sustentação ao processo educativo. A educação deixaria de ter sentido se os homens e as mulheres fossem seres acabados.

O fundamento da educação perpassa pelas respostas obtidas partindo da reflexão que homens e mulheres fazem sobre si mesmos, sobre o outro, sobre uma determinada realidade histórica, percebendo-se como parte do mundo. Ao compreender a realidade, estabelecem relações, levantam alternativas e podem transformá-la com seu trabalho. Trabalho compreendido como atividade humana primeira, criadora do ser social, pela qual intercede na natureza e em si próprio, como força da ação humana, como ato criador. O trabalho, segundo Frigotto (2000), é o ponto de partida para estabelecer a sua relação com a educação, por ser essência:

O trabalho como princípio educativo deriva do fato de que todos os seres humanos são seres de natureza e, portanto, têm necessidade de alimentar-se, proteger-se das intempéries e criar seus meios de vida. Socializar desde a infância, o princípio de que a tarefa de prover a subsistência pelo trabalho, é comum a todos os seres humanos, é fundamental para não criar indivíduos e grupos que exploram e vivem do trabalho de outros. (...) o trabalho como princípio educativo não é uma técnica didática ou metodologia no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político. (FRIGOTTO, 2000, p. 343).

No trabalho, o ser humano interage com o meio, ou para suprir suas necessidades de sobrevivência, ou porque essa relação transforma sua natureza pela capacidade de criar instrumentos mediadores de sua atividade. O instrumento de trabalho é um objeto potencializador de conhecimento, um meio de transformação do mundo e do ser humano.

Para Freire (1980), a relação dos homens e das mulheres com a realidade, seja ela social, econômica, cultural, política ou do mundo são desafios. Dependendo da resposta dada a cada desafio, o ser humano não muda só a realidade, muda a si mesmo, cria-se e recria-se como um sujeito porque reflete, critica, inventa, decide organiza, age e conseqüentemente, inventa. É pela ação aliada à reflexão que o ser humano se constrói como ser humano, como ser de prática e reflexão crítica.

A educação pode ser vista como um ato de conhecimento, em que os seres humanos buscam uma aproximação crítica com a realidade, que desafia na busca da utopia realizável, que transita num diálogo entre o ato de denunciar a desumanização e anunciar a humanização da estrutura social alienante, que é um reflexo de um compromisso histórico, assim, a educação assume formas que dependem das necessidades históricas de cada grupo social, que durante séculos construíram seu modo de educar e oportunizar diferentes aprendizados a seus membros.

As necessidades de cada grupo resultam em uma educação exercida pelo convívio social e familiar, socializando acontecimentos vividos pelas gerações por meio da linguagem oral, carregada de valores e representações, sendo por isso uma educação informal, que é definida por Libâneo (2002) como:

A educação informal corresponderia à ação e influências exercidas pelo meio, pelo ambiente sociocultural, e que se desenvolve por meio das relações dos indivíduos e grupos com o seu ambiente humano, social, ecológico, físico e cultural, das quais resultam conhecimentos, experiências, práticas, mas que não estão ligadas especificamente a uma instituição, nem são intencionalmente organizados. (LIBANEO, 2002, p. 23)

Uma grande mudança nas sociedades pelo processo de desenvolvimento do capital foi de produzir mão-de-obra disciplinada, capaz de atender as exigências da produção, superando assim o processo de educação vigente, conhecido como educação informal. (LIBANEO, 2002).

A educação formal foi organizada, sistematizada e estruturada para essa força de trabalho hierarquicamente controlada e estratificada em classe. Coube à

escola o papel de legitimar os interesses das classes dominantes, legitimando as desigualdades, a discriminação, a exclusão e a reprodução cultural dos valores dominantes.

A partir da revolução industrial e posteriormente com a revolução científica, cria-se a preocupação de constituir uma sociedade que integre os trabalhadores, seja para controlá-los, seja como resultado das lutas dos trabalhadores organizados em sindicatos e partidos. Dessas lutas originam-se seus direitos à educação, à saúde, ao transporte, ao lazer, à cultura, à previdência social e os direitos trabalhistas. O trabalho deixa de ser somente uma tarefa remunerada e transforma-se em um direito.

A globalização do mercado transforma o mundo do trabalho, que deixou de ser estável, passando por formas que vão da terceirização ao trabalho em domicílio, cada vez mais informal e precário, diminuindo os postos de trabalho e aumentando o desemprego.

Torna-se necessário que a educação rompa com a formação capitalista de produção de conhecimento para uma apropriação do conhecimento de forma inclusiva, promovendo, assim, o acesso dos excluídos pela desigualdade socioeconômica e, hoje, excluídos também pela desigualdade sociocultural, rumo a uma sociedade mais justa e igualitária.

O aumento da competitividade ampliou a demanda pelo conhecimento e pela informação e também pela qualidade e pelo tipo de educação oferecida.

A educação não se restringe aos processos de ensino e aprendizagem promovidos pela escola, vai se alongando em outros espaços e outras formas, incorporando a educação não formal como prática. O Ministério da Educação, através do Programa Nacional de Educação em Direitos Humanos, entende a educação não formal com:

A educação não-formal, enquanto modalidade de ensino/aprendizagem implementada durante a trajetória de vida das pessoas, pode ser compreendida em seis dimensões: a qualificação dos indivíduos para o trabalho; a adoção e exercício de práticas voltadas para a comunidade; a

aprendizagem política de direitos através da participação em grupos sociais; a educação realizada na e pela mídia; a aprendizagem de conteúdos da escolarização formal em modalidades e esferas diversificadas; e, finalmente, a educação para a vida, no sentido de garantir a qualidade de vida. (BRASIL, 2004, p. 28)

A saúde, espaço de construção de sujeitos pertencentes à classe trabalhadora e com um número grande de trabalhadores, busca na educação não formal uma prática com participação ativa, proporcionando informações, educação em saúde e atitudes indispensáveis para a vida.

O cenário da saúde busca formas de atuação que consigam intervir de maneira positiva na dinâmica social das populações. A medicina comunitária tem ajudado os profissionais e a população a entender melhor as raízes de seus problemas, buscando novos modos de viver e de se relacionar com a natureza e com a sociedade. (VASCONCELOS 1989, p.20)

Para auxiliar a criação desses espaços, faz-se necessária uma educação em saúde que seja baseada no diálogo, na troca de saberes, num intercâmbio entre o saber científico e o popular, num processo de ensinar e aprender, tendo como apoio a educação formal<sup>5</sup>, não formal<sup>6</sup> e popular<sup>7</sup>.

A educação é um processo contínuo e permanente, que se prolonga por todas as fases da vida do ser humano. Ser enfermeira é também vivenciar todas as fases, participando ativamente nesse processo. A enfermagem e a educação têm um caminho de cumplicidade. Por esse motivo, o conceito que mais se aproxima desse caminho é de Paulo Freire (2005):

A educação é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que além do conhecimento dos conteúdos bem ou mal ensinados e/ou aprendidos

---

<sup>5</sup> Prática educativa que ocorre nos espaços escolarizados, quer sejam da educação infantil à pós-graduação – dá-se de forma intencional e com objetivos determinados, como no caso das [escolas](#). (GOHN, 1992)

<sup>6</sup> Práticas educativas que acontecem fora de tempos e espaços determinados, sendo um processo de formação para a vida. (GOHN, 1992)

<sup>7</sup> É uma teoria de conhecimento referenciada na realidade, com metodologias incentivadoras à participação e ao empoderamento das pessoas permeado por uma base política estimuladora de transformações sociais e orientado por anseios humanos de [liberdade](#), [justiça](#), [igualdade](#) e [felicidade](#).(BRANDÃO. 1986)

implica tanto o esforço de reprodução da ideologia dominante quanto o seu desmascaramento. (FREIRE, 2005, p. 98)

A educação, foco de meu estudo, permeia esse caminho, olhando o conhecimento científico em saúde articulado com o saber popular do ACS e da comunidade.

### **3.2. Educação em Saúde**

A educação em saúde no Brasil tem suas origens marcadas por um discurso e práticas normatizadoras. Esses discursos operavam no sentido de uma conduta racional e leiga perante a doença. A definição de educação em saúde em uma perspectiva histórica é entendida como “um conjunto de informações que as pessoas devem incorporar com a finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis” (BRASIL, 2007, p. 58)

No contexto da história da República do Brasil, a educação em saúde é uma das primeiras ações em saúde, implantada por grupos hegemônicos como forma de controle das classes populares. O interesse era controlar os trabalhadores para que estes seguissem regras para preservar suas forças produtivas, garantindo assim um trabalho mais lucrativo, necessário ao processo de exploração econômica.

Portanto, a educação em saúde surge inicialmente na perspectiva de controle social, para dominar, explorar e para combater as epidemias de varíola, peste e febre amarela nos grandes centros urbanos. No final do século XIX e início do século XX, surgem as primeiras intervenções ampliadas voltadas para a saúde das classes populares. Nesse período, caracterizado pelo êxodo rural, a economia do Brasil era essencialmente agrícola, e as divisas necessárias para o desenvolvimento do país, especialmente, a exportação agrícola foram diretamente afetadas, portanto,

percebe-se que as primeiras ações governamentais, voltadas à educação em saúde, não foram só em prol da população, mas sim de interesses comerciais e estratégicos da nação.

Essas epidemias estavam trazendo grandes transtornos para a exportação de café e em meio às determinações de ações breves e fragmentadas, predominavam as imposições consideradas científicas pelos técnicos e burocratas denominados por higienistas.

Importante ressaltar que as primeiras ações governamentais não foram puramente em prol da população e suas necessidades, mas sim buscando interesses comerciais e estratégicos da Nação, mesmo assim, as consequências para a população foram melhorias para a saúde e a criação de condições para o surgimento posterior de movimentos de saúde. Segundo Holanda (2001), denomina-se a esse efeito de cultura de fronteira, quando a população se apropria de uma informação estranha à sua cultura para garantir ganhos para a preservação da vida, neste caso, a questão da saúde.

Valla, Guimarães & Lacerda (2003) no Caderno de Educação em Saúde, (BRASIL, 2007), referem-se que a endemia e epidemia que atingiram o Rio de Janeiro, no início do século XX, resultaram em um projeto de disciplinarização higiênica dos programas de habitação social. Tinha como ponto de partida os bairros pobres e em seguida os bairros das classes dominantes, o que levou a uma normatização da arquitetura para acabar com as proximidades dos bairros com o centro de atividades comerciais e moradias burguesas.

Os grupos populares, nos primeiros anos da República em que os serviços de saúde estavam desorganizados, facilitando assim a onda de ocorrências endêmicas, deveriam ser afastados dos ricos, para não correr o risco de contaminação, bem como se propunha a ideia de que a raça negra fosse inferior à branca para justificar a pretensa superioridade européia neste território. Criou-se a lógica das classes perigosas ou subalternas, como sendo ignorantes e sujas. Quem não frequentava as escolas eram classificados como ignorantes e como consequência, pobres e desempregados, vivendo sem condições de higiene. Assim sendo, a educação em

saúde passa por quatro eixos: água, higiene, habitação e escola. (FONTINELE, 2003, p. 4).

A necessidade de domínio sobre a atuação sanitária posta pela economia agroexportadora, impôs o controle higiênico sobre as classes subalternas. A Polícia Sanitária, liderada pelo Médico sanitarista Osvaldo Cruz, adotou medidas de controle de enfermidades (febre amarela, peste, varíola, tuberculose, sífilis e outras), com vacinação compulsória, vigilância para os costumes na habitação dos pobres, normatização dos espaços urbanos e dos portos com a demolição de casas e cômodos, construção de vilas operárias baratas em áreas pouco povoadas. Entretanto a vinda de imigrantes europeus, com ideologias libertária- anarquista e anarcosindicalista, contribuíram para o surgimento dos movimentos de resistência.

A revolta da vacina, em 1904, e as greves foram expressões de descontentamento ao autoritarismo e exigências para as relações de classe. Posteriormente, a greve geral, em 1917, exigiu redução da jornada de trabalho, regulamentação do trabalho da mulher, da gestante e da criança, organização da assistência médica. Essas exigências evidenciaram uma crise que favoreceu reformas e mudanças nas estratégias de diálogo entre grupos no poder e trabalhadores. (BRASIL, 2007, p. 58)

A diretoria geral de Saúde Pública é organizada pelo Médico Osvaldo Cruz, em 1920, e busca solução para os problemas sanitários implementando campanhas sanitárias. Alves (2005) afirma que estas práticas eram orientadas por um discurso biologicista, propagando que os problemas de saúde eram decorrentes da não observância às normas de higiene pelos indivíduos e que a mudança de atitudes e comportamentos individuais garantiriam a resolutividade dos problemas de saúde. Esse discurso ainda hoje orienta algumas práticas de saúde.

A bandeira de luta que se levantou nesta época foi: “Sanear é a grande questão nacional”. O problema brasileiro não estava na raça, mas nas doenças que tornavam a população preguiçosa e sem iniciativa. (VASCONCELOS, 2001, p. 26).

Partindo dessa campanha, a educação assume importância central no debate político nacional na área da saúde, porém, com a ausência do ator popular como elemento ativo. O técnico era interpretado como aquele que tinha o saber científico,

e a população ignorante devia incorporar e aplicar suas recomendações. O povo não era mais culpado pelo subdesenvolvimento, porém continuava sendo visto como incapaz de maiores entendimentos e iniciativas criativas. Segundo Vasconcelos (2001), era um modelo de saúde denominado de toca a boiada; “se antes se preocupava em tocar a boiada com o ferrão da polícia sanitária, agora era com o berrante, ou seja, com as palavras dos educadores sanitaristas”. (VASCONCELOS, 2001, p. 14)

Em 1923, Carlos Chagas, consolidou a primeira Reforma Sanitária Brasileira, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública, ligado ao Ministério da Justiça, deu-se o primeiro ato concreto do Governo Federal na saúde. A educação sanitária e a propaganda foram introduzidas na rotina das instituições de saúde, o que inovou no modelo campanhista de Osvaldo Cruz, que era puramente fiscal e policial. A educação sanitária era de responsabilidade das escolas, as crianças eram consideradas o centro de tudo, e passaram a ser a população preferencial para receber os princípios de higiene para manter-se saudável. O objetivo era diminuir os métodos repressivos, retirando a autoridade da Polícia Sanitária, sendo desenvolvida pelos educadores sanitários e professores que recebiam treinamento para educar a população escolar, com uso de equipamentos e materiais de comunicação e um discurso homogêneo onde quer que fosse aplicado.

Iniciou-se um curso de educação sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, dirigido especialmente para professores de ensino primário para vinculação da mensagem de higiene e o processo de saúde/doença sob a ótica de disciplinas biologicistas. O projeto apresentou-se falho por dar ênfase aos agentes etiológicos e esquecer os fatores ambientais. “As ações não intervinham nas condições de vida e de trabalho a que as populações infantis da classe popular estavam submetidas”. (FREITAS apud SILVA, 2007, p. 3). Assim, foram lançadas as bases para a estruturação dos serviços de saúde que se consolidariam a partir de 1930, na era Vargas. A população olhava essas práticas de educação com reserva, pois, não havia a participação popular nos serviços, que eram discriminatórios e autoritários.

Em 1923, com a Lei Eloi Chaves, criam-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), era um sistema previdenciário destinado às categorias de

trabalhadores mais organizados politicamente, mediante o desconto de 3% do salário dos funcionários e 1% da renda bruta das empresas; ficava assegurado o direito de aposentadoria por tempo de serviço e invalidez, tratamento médico e medicamentos, auxílio para o funeral e pensão aos herdeiros, assim, o direito à assistência à saúde estava restrito, nesse período, à condição de segurado.

A partir da década de 30, a ação estatal no setor de saúde se concentra na construção de um sistema previdenciário destinado às categorias de trabalhadores organizados politicamente e ações de caráter coletivo foram esvaziadas em favor da assistência individual.

Getúlio Vargas assume o governo do Brasil no período de 1930 a 1934, esse período caracterizou-se por um governo autoritário, ressaltando-se a consolidação das leis trabalhistas e a estatização da previdência social, esta passou a ser organizada por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), categoria de profissionais com contribuição obrigatória. Houve alteração nas políticas de saúde e educação, caracterizadas pelo alto grau de centralização de recursos político-administrativo no governo federal. Foi criado o Ministério do Trabalho e promulgada a nova legislação trabalhista.

As CAPs apresentavam serviço irregular, oferecendo pouca cobertura aos doentes mais graves. Os médicos foram praticamente excluídos das decisões sanitárias, que passaram a ser tomadas por políticos e burocratas. A situação tornava-se ainda mais trágica para o operário que não tinha carteira de trabalho e que por isso não podia contribuir para a caixa de sua categoria profissional, restando a esse trabalhador o apelo à caridade pública.

Na Segunda Guerra Mundial ocorreu uma crise mundial de borracha e manganês, o que fortaleceu a extração de borracha no Brasil. Organiza-se então, sob o comando de militares norte-americanos e como parte do acordo da exploração da borracha e minérios do solo brasileiro, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na região do Amazonas e Vale do Rio Doce. Esse momento incentivou a vinda de novas tecnologias em medicina preventiva e na educação em saúde, introduziram novas técnicas de difusão de informação e conhecimento como educação em grupo, recursos áudio-visuais e o desenvolvimento e organização das

comunidades, desencadeando ideias de participação e mobilização de indivíduos nas ações de saúde, contrariando as políticas centralizadora e paternalista do Estado. A educação não é só para crianças e jovens, considera-se possível também no adulto ocorrer um processo de mudança, porém a busca pela proteção dos trabalhadores envolvidos na extração da borracha e de minério, sem a participação da população que continuava passiva e incapaz de iniciativas próprias. (VASCONCELOS, 2001, p. 26)

O Serviço Especial de Saúde Pública contratou sanitaristas, laboratorista, escriturário, médicos consultantes, visitadores. As atividades associavam-se a doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, atividades de higiene em geral e organização científica em termos administrativos dos serviços públicos. (MERHY apud SILVA, 2007, p. 3)

Após a Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) sugere o desenvolvimento comunitário para mobilizar as populações carentes contra a miséria. O desenvolvimento sanitário foi usado como forma de intervenção social, informado e planejado para modificar comportamentos e gerar mudanças culturais, buscando superar a marginalidade em que se encontravam certas parcelas da população.

A partir da década de 50, a educação em saúde passa a ser educação para a saúde, tendo como proposta a participação social; ocorre uma extensão dos serviços, porém sem qualidade e resolutividade. Proliferou o número de treinamentos a voluntários de saúde, gerando assim, mão- de- obra gratuita, em mutirão, para saneamento básico e construção de postos de saúde. Utiliza-se a força de trabalho da comunidade nessas construções, onde os beneficiários são a mão- de- obra não pensante de uma medicina simplista para pobre. (SILVA 2007). O fosso cultural e social continuou entre a população e os serviços.

Em 1964, acontece o Golpe Militar no Brasil, o que resultou em um regime autoritário de administração pública, resultando na piora da saúde, principalmente às classes menos favorecidas. Nessa época, a política de saúde volta-se para os

serviços médicos privados, principalmente em hospitais, onde a ação educativa não tinha um espaço.

O sistema tinha característica essencialmente curativista, hospitalocêntrico, privatista e excludente, não permitindo a participação da sociedade na definição dos rumos da saúde e no controle da aplicação dos recursos destinados a seu financiamento. O regime militar e a inflação elevada contribuíram para que o Brasil fosse considerado um dos países com maiores índices de desigualdades no mundo e que se instalasse a crise do setor saúde.

O conceito de educação em saúde que permeia esse estudo, vem ao encontro de minha trajetória e concepção profissionais. Durante as leituras realizadas, obtivemos contato com diversos conceitos de educação em saúde, porém, por acreditar que a educação, assim como a saúde estão diretamente ligadas ao movimento dos indivíduos, optamos pelo conceito de Carvalho (2001), que na parceria com Vasconcelos, autor significativo em meu aprendizado, expõe uma visão ampliada de educação em saúde que por nos é compreendida como:

...a construção compartilhada do conhecimento, que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos e tem por finalidade a conquista, pelos indivíduos e grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais que influenciam a qualidade de suas vidas. (CARVALHO In VASCONCELOS, 2001, p. 101)

O movimento popular retrata a vida com suas relações e trajetórias. Neste contexto, educação em saúde vem seguir esse movimento para conhecimento e adequação da forma de viver saudável.

### 3.3 A Educação Popular Norteando a Educação em Saúde

A educação popular em saúde é um instrumento de alargamento do cuidado à saúde baseado no diálogo, ou seja, na troca de saberes.

Educação popular em saúde é um movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde. (VASCONCELOS, 2001, p.11)

O movimento operário brasileiro, desde o início da década de 50, estimula a consciência no processo de luta com uma dimensão cultural, promovendo discussões sobre questões culturais, organização de bibliotecas, passeios nos fins de semana e criação de escolas noturnas. Segundo Vasconcelos (2001, p. 15), a partir do governo de Getúlio Vargas, o Estado passa a assumir a iniciativa da cobertura dos direitos sociais, esvaziando a iniciativa operária. Podemos observar no movimento da educação popular, uma retomada das práticas não sistematizadas do movimento operário do início do século XX.

A educação popular começa a se estruturar como corpo teórico e prática social, no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo personalista, que florescia na Europa no pós-guerra, voltaram-se a questões populares.

Em 1964 acontece o golpe militar no Brasil, impondo aos brasileiros um regime autoritário, resultando em uma piora da saúde e um esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência. O governo compra os serviços de assistência médica, o que deixa o quadro da saúde muito crítico.

Segundo Silva (2007, p. 4), a política de saúde imposta pelos militares não tinha espaço significativo e a perspectiva de participação da comunidade nos

processos de educação em saúde nesta década visa mobilizar as populações a cooperarem com os agentes e serviços de saúde inaugurados nas zonas rurais e periféricas urbanas. A ampliação na oferta dos serviços não resultou na melhora do quadro de saúde da população.

Os movimentos populares que haviam sido intensa e violentamente reprimidos pelos primeiros governos militares, após a revolução de 1964, começavam a se rearticular e a crescer, reivindicando melhores condições de vida. A Igreja Católica, que conseguia se preservar das repressões políticas da ditadura, apóia esses movimentos, possibilitando intelectuais das mais diversas áreas se engajarem nessa luta. O método de educação popular, sistematizado por Paulo Freire, constitui-se como um norteador das relações entre classes operárias e intelectuais.

Na década de 70, a educação em saúde era basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas, subordinadas aos seus interesses, para os grupos populares, que conquistaram maior força política, as ações de educação em saúde foram esvaziadas em favor da expansão da assistência individualizada à saúde. Segundo Vasconcelos (1989):

a saúde se resumia à medicina curativa, praticada em consultórios particulares, nos hospitais e grandes centros sociais. A medicina preventiva e a educação em saúde eram atividades feitas por órgãos ou pessoas isoladas sem maiores recursos. (VASCONCELOS, 1989, p. 17)

A insatisfação política da população com o regime militar fica evidente quando em novembro de 1974, o MDB (partido de oposição) conseguiu vitória parcial em alguns municípios brasileiros. A população vai percebendo que o crescimento da economia ocorre à custa da piora de suas condições de vida. (VASCONCELOS, 1989. P. 17) A ameaça da quebra de estabilidade social obriga o Estado a preocupar-se com os problemas de saúde, educação, habitação e saneamento das populações. A população se tornava cada vez mais exigente de seus direitos à saúde.

O Estado, vivendo uma crise econômica com escassos recursos financeiros, preocupado com o aumento dos custos da medicina curativa e com a necessidade de solução das reivindicações populares, recorre à medicina comunitária como modelo alternativo de assistência médica, com a utilização de técnicas simplificadas, de baixo custo e com a participação da população. A escassez de recursos destinados às políticas de saúde, tornou essa prática limitada. O baixo salário de seus profissionais, o pouco acompanhamento educativo, a falta de recursos médicos elementares e as constantes interferências políticas, provocaram uma desmotivação e insatisfação dos profissionais.

O descaso do Estado com a população impulsiona a iniciativa de busca de soluções técnicas construídas com base no diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico; começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado (VASCONCELOS, 2001, p. 27). O método educacional sistematizado por Paulo Freire é uma referência para a relação classes populares e profissionais de saúde, essa experiência configura-se na Educação Popular em Saúde.

Surgem os comitês populares de saúde, que passam a participar do planejamento das atividades, com o poder de pensarem, produzirem e dirigirem o uso de seus saberes a respeito de si próprios e de sua saúde, permitindo assim novos olhares e novas abordagens em defesa da saúde e de sua vida. A sociedade civil organizada passa a querer interferir diretamente na sociedade política, nas regras e mecanismos de funcionamento da sociedade e do Estado via poder legislativo.

O setor da saúde passa de uma prática defensiva contra o desrespeito aos direitos humanos básicos e reivindicações de benfeitorias específicas, a uma intervenção direta com a participação por lei de movimentos populares. Vasconcelos (1989) relata:

A educação popular tem uma abrangência de atuação na saúde muito mais alargada. A realidade da saúde é marcada por uma intensa complexidade e fragmentação de interesses e uma grande diversidade de atores sociais que se entrelaçam em alianças e conflitos altamente instáveis e variáveis, o que diferencia muito da situação bipolarizada do período da ditadura militar: de

um lado os militares e a elite econômica e de outro as forças populares. No turbilhão da vida moderna, a participação da sociedade civil na dinâmica do funcionamento destes serviços se torna extremamente complexa e com múltiplas e surpreendentes faces. (VASCONCELOS, 1989, p. 27)

Esse cenário da saúde, agora com a participação popular, exige conhecimento técnico, criando uma dependência das lideranças populares em relação ao saber científico e as instituições capazes de prestar assessoria, que antes era realizada exclusivamente pela Igreja Católica. Essa divergência de orientações possibilitou debates e negociações mais produtivas com a participação de lideranças de diversas instituições e diversos partidos políticos.

O processo de especialização intelectual das lideranças cria um distanciamento das bases, gerando dificuldades de vínculos entre as demandas e os projetos de desenvolvimento democrático. Os membros das bases passam a perceber a sua participação como pouco significativa, passando a participar apenas nos momentos de maior mobilização. Ocorre um sentimento de crise nos movimentos, ocasionado pelo distanciamento das suas características de ampla participação das bases e formas coletivas de tomada de decisões.

A fragilidade dos movimentos exige mudanças na metodologia educativa, que por vezes incentivava o técnico a esconder seu saber para não inibir os populares com sua manifestação, o papel do técnico é muitas vezes o de promover espaços de debate. Os governantes percebem a necessidade de aprender a respeitar e negociar com os movimentos populares, como também a criarem novos movimentos para uso de causa própria, o que provocou uma cultura de resistência e um sistema de denúncias, para frear a ação prejudicial à população.

Na segunda metade da década de 1980, o país é marcado por uma crise política, social e econômica com repercussão na saúde da população, com o aumento do desemprego, desnutrição e mobilidade dos grupos menos protegidos. Em 1986, em Brasília acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, que em seu relatório destaca, entre outras propostas, o conceito ampliado de saúde, o qual é colocado como direito de todos e dever do Estado, moldando-se as diretrizes do SUS.

O Brasil encontra-se em uma fase de hiperinflação, instabilidade econômica e crise fiscal do Estado, ocorreu o recuo dos movimentos sociais e a perda de poder aquisitivo dos trabalhadores de saúde, o que gerou um descrédito do SUS pelas classes dirigentes e mídia. (SILVA 2007). Com o processo de redemocratização do país, os governantes passam a respeitar e negociar com os movimentos populares.

O mito de que tudo o que vem das classes populares é puro, sofre um desencantamento, resultado da estratégia de cooptação na criação de associações por políticos para sustentar cabos eleitorais e líderes comunitários, como exemplo o programa de distribuição de leite às famílias carentes no Governo Sarney, criando uma cultura de resistência e um sistema de denúncias. A constatação de que as classes populares não são apenas dominadas, mas mantêm também cumplicidade com o sistema de exploração, leva ao afastamento de militantes e assessores que estavam nessa luta por intermédio da Igreja Católica, o que gera uma sensação de crise. Silva (2007) aponta que:

A educação popular ainda é realizada sob a forma de ideologia, de impulso voluntário por parte de alguns profissionais que investem nela porque acreditam na sua força transformadora, não só para a vida dos indivíduos, mas para a organização global da sociedade. (SILVA, 2007, p. 22 )

A equipe da ESF, que nesse estudo tem como foco o ACS, realiza ações de saúde popular, pela dinâmica de seu dia- a- dia de trabalho. Uma das principais atribuições do ACS é a visita domiciliar. Este é o momento em que se dá a educação popular, nessa cultura de fronteira entre o conhecimento científico e o saber popular. O ACS transita apropriando-se de uma informação estranha à sua cultura, garantindo assim ganhos para a preservação da saúde, olhando-se aqui o conceito ampliado de saúde.

Atuar em saúde coletiva, participar da ESF como sujeito ativo, remete-nos a uma busca de aproximação, inserção e relação educativa com a comunidade, possibilitando práticas de saúde tal como é sentida e vivida pela população, voltadas à realidade local, respeitando os atores da comunidade, numa relação de educação popular em saúde, promovendo um diálogo entre saberes e práticas.

### 3.4 O Agente Comunitário de Saúde e a Educação Popular em Saúde

Os ACS's vêm se constituindo como um segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores no cenário da assistência. Se a ESF busca reorientar o sistema de saúde, o ACS, novo integrante da equipe de saúde, tem grande parcela de responsabilidade nesse processo. Como conceito desse profissional, cito Souza (2001), quando aponta que:

Os agentes comunitários de saúde entram no círculo virtuoso – encontro famílias/comunidades/ serviços locais de saúde – com um saber popular, de alma aberta, sem trazer conceitos pré-formados da área da saúde, colocando-se como o interlocutor privilegiado de ambos, imprimindo o sentido de pertencer entre eles, e, o que é mais forte, valorizando o capital humano e social em sua origem. (SOUZA 2001, p. 40).

No período governamental de 1972 a 1974, foi lançado o Iº Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que se baseou na aliança entre governo e a iniciativa privada, tentando mudar o papel do Estado como regulador da sociedade; sua repercussão na saúde foi pequena. Segundo Verdi (2005), esse plano fracassou na tentativa de controlar as tensões sociais. Surge o 2º PND, em que foram delineados os campos de atuação do MS e Ministério da Previdência e Assistência Social. Ao MS couberam as ações de caráter preventivo e coletivo, ao Ministério da Previdência e Assistência Social, a assistência médica curativa individual. Em meados da década de 70, multiplicam-se os Centros e Postos de Saúde no Brasil, que segundo Vasconcelos (2001), são marcados pela carência de material e recursos humanos qualificados, tendo sua utilização eleitoreira pela classe política e pela falta de eficiência operacional.

Em 1975, durante a Assembléia da Organização Mundial de Saúde, é lançado o Movimento de Saúde para Todos, no Ano 2000, que desencadeou no mundo as expectativas por uma nova saúde pública. O diretor geral da assembléia afirmou que “para vencer a dramática falta de médicos no mundo inteiro é indispensável

aproveitar todo o pessoal disponível, as parteiras curiosas, o pessoal de nível elementar e até mesmo os curandeiros” (FINKELMAN, 2002, p. 244). O pensamento se compatibilizava com os formadores de opinião da época, de que para levar saúde a todos os que necessitavam, só seria possível se fosse utilizando técnicas simples e de baixo custo, aplicáveis por pessoal de nível elementar, recrutado na própria comunidade e com remuneração compatível com os padrões locais. A expressão Saúde para todos no ano 2000, firmou-se como compromisso durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado na cidade de Alma-Ata, em 1978.

No Brasil, a primeira experiência com a utilização do trabalho dos ACS's ocorreu no Ceará, entre 1987 e 1990. O panorama de muita seca e de graves problemas de saúde, como mortalidade infantil, gerou a necessidade de atividades em promoção de saúde, com a participação dos moradores.

De meados de 1987 a meados de 1988, foram contratadas 6133 pessoas, em 118 municípios. Após um treinamento de 15 dias, esses moradores trabalhavam por um período de 6 a 12 meses promovendo alguns cuidados de saúde: aleitamento materno, terapia de reidratação oral e vacinação. (SILVA & DALMASSO, 2002). Os resultados dessa experiência que vinha se desenvolvendo de forma isolada foi institucionalizada pelo Ministério da Saúde, garantindo a legitimidade da função dos agentes comunitários de saúde.

Em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNASC) teve seu início no Nordeste, no estado da Paraíba, priorizando o atendimento materno-infantil voltado às ações de educação em saúde e informação, reduzindo assim a taxa de mortalidade infantil. Num segundo momento, no Norte do Brasil, em caráter de emergência para fazer frente a uma epidemia de cólera, atuando no controle e prevenção.

O propósito do programa seria a contribuição para a municipalização e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estender a cobertura do sistema público de saúde a periferia e populações urbanas, tendo como objetivo geral, a melhoria da capacidade da população de cuidar de sua saúde, e como objetivos específicos:

Capacitar os agentes para executar trabalho de primeiro nível de atenção à saúde, garantindo um cuidado à população com um grau de resolutividade compatível com a função, contribuindo para a extensão da atenção à saúde; garantir o trabalho do agente integrado com a equipe da unidade de saúde a que estivesse vinculado; fortalecer a ligação entre serviços de saúde na comunidade; cooperar com a organização comunitária, no trato com os problemas de saúde. (SILVA; DALMASO, 2002, p. 51)

Os agentes comunitários de saúde se constituem como atores de um forte segmento de trabalho em saúde, atuando como personagens-chave na organização da assistência.

Muito mais que um elo, o agente comunitário de saúde incorpora a equipe com um saber não vinculado ao saber científico, sem um (pré) conceito de ações de saúde, atuando como interlocutor privilegiado entre o serviço de saúde e a comunidade, pertencendo a ambos, porém carregando sua origem, atuando como um educador permanente. Silva & Dalmaso (2002) contextualiza vínculo dos profissionais de saúde como:

Não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população, mas principalmente, por sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionam o congestionamento do sistema de assistência à saúde. (SILVA & DALMASO, 2002, p. 50)

O recrutamento e seleção dos agentes comunitários de saúde geraram dicotomias, uma ala solicitando que a escolha seria do município, deste modo, os prefeitos deveriam indicar quem achavam melhor para exercer a função, outra ala recomendava a indicação por entidades não governamentais, visto que a atuação seria nas comunidades e, portanto estas estariam capacitadas para a indicação.

Diante do impasse, ficou definido como critério de seleção: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, dispor-se a concluir o primeiro grau, morar há mais de dois anos na comunidade, dispor de oito horas por dia para o trabalho. Sua escolha seria mediante prova escrita, entrevista após um processo de ampla divulgação e mobilização.

Segundo Silva & Dalmaso (2002), o Ministério da Saúde (MS) define que o processo de recrutamento e seleção deve ser desenvolvido em oito fases:

- Preparação das coordenações estaduais, municipais e articulação com o Conselho Municipal de Saúde;
- Mobilização em que os coordenadores municipais articulavam-se; mobilizavam a comunidade e divulgavam o processo;
- Inscrições;
- Elaboração da prova;
- Aplicação da prova escrita;
- Realização de entrevistas (individual e grupal);
- Classificação e publicação dos resultados;
- Contratação do agente como bolsista. (SILVA & DALMASO, 2002, p. 52).

O MS deixa explícita a desvinculação político-partidária no processo, para o bom desempenho do programa. Após essa fase, inicia-se o treinamento dos coordenadores regionais e instrutores, cargo esse que obrigatoriamente seria ocupado por enfermeiro, dispendo de 20 horas semanais para o programa.

Para a capacitação, optou-se pela pedagogia de Paulo Freire, pedagogia essa que não era de domínio de muitos coordenadores e instrutores, provocando medo na nova forma de refletir-agir por parte dos enfermeiros.

Essa reação, portanto, já era esperada, uma vez que as pessoas não rompem tranquilamente com a visão do mundo; assim, de repente, o tempo e a paciência com ele passam a ser elementos essenciais. No entanto, a convicção da coordenação era de que devia haver esse choque inicial, para não reproduzir o estilo autoritário e vertical da transmissão do conhecimento, numa posição de depositar, de entregar o conhecimento como se fosse único e verdadeiro dono, nem inibir o esforço que cada um poderia fazer para o desenvolvimento de suas habilidades, atitudes e conhecimentos inovadores. (SOUZA, 2001, p. 102)

O objetivo desse momento era a construção de uma nova prática da proposta na formação dos agentes comunitários de saúde, a ser realizada em cada município. O treinamento dos agentes comunitários de saúde previa uma capacitação com uma visão abrangente da situação de saúde voltada à atenção da saúde da comunidade, compreendendo a comunidade, seus problemas e estimulando a modificar sua relação com saúde.

O documento Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde - roteiros de atividades para o coordenador municipal de saúde-, foi elaborado pela coordenação nacional. Para o treinamento, criou-se o Manual do Agente Comunitário de Saúde.

A preocupação da coordenação do programa com os processos de treinamento e educação continuada, originou em 1991 a edição do manual “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”. Possuía conceitos e conselhos sobre como trabalhar com saúde, o que é o agente, como trabalhar com a comunidade e fazer o diagnóstico comunitário; a segunda edição foi em 1994 e a terceira em 2000 com alteração do conteúdo baseado na evolução do trabalho dos agentes.

Durante a construção do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, foi construída a missão social do agente comunitário de saúde como alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança reverte-se em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e saúde, apoiada pela ação governamental. O Manual do Agente Comunitário de Saúde do Ministério da Saúde (SOUZA. 2001) e baseado na missão social do agente estabelece:

O processo de aprendizado do Agente Comunitário de Saúde não implica apenas o domínio das técnicas das ações básicas de saúde, pois se faz necessário que o mesmo compreenda sua comunidade, entenda seus problemas e a estimule a modificar a sua relação com a saúde. (SOUZA, 2001, p. 103).

Durante a preparação dos agentes comunitários de saúde, preconiza-se a mobilização da comunidade para respaldar o desenvolvimento e fortalecimento do trabalho cotidiano.

Inicialmente, as entidades da enfermagem assumiram uma posição de enfrentamento e questionamento ao MS, preocupadas com o aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação, como os atendentes, o que resultou em um compromisso assumido pela Fundação Nacional de Saúde e MS, a continuidade do processo de formação, em particular com a qualificação para o trabalho e complementaridade de sua escolaridade formal.

Em 1992 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) perde o nacional, tornando-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, fez-se uma avaliação do programa em oito estados e como pontos positivos destacam-se:

O reconhecimento dos usuários pelo trabalho pelo agente comunitário de saúde em importantes reflexos na cobertura vacinal, na terapia de reidratação oral; no início dos exames pré-natais, no conhecimento dos agentes pelo nome; quando comparados os dados obtidos para a população coberta e não coberta pelo programa. [...] o relatório aponta para uma articulação insuficiente do agente de saúde com outros profissionais e com os serviços de saúde, e do programa com o sistema de saúde dos municípios onde está implantado. (SILVA & DALMASO, 2006, p. 56)

O agente comunitário de saúde firmou-se como categoria profissional mediante a Lei n. 10507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão e estabelece, entre os requisitos para o seu exercício, a escolaridade de nível fundamental e a qualificação básica. Entretanto, nas primeiras regulamentações para implementação não havia requisitos iniciais quanto à escolaridade, exigindo para o ingresso na função saber ler e escrever. Esse critério gerou ampla discussão, se a exigência fosse muito rigorosa, não teria ninguém nas comunidades a serem atendidas, com a escolaridade exigida. Assim, até 2002, o requisito básico era saber ler e escrever. Corbo & Morosini (2005) cita a preocupação do MS com a formação desses trabalhadores, referindo que:

O Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, publicou em 2004 o referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde que objetiva servir de base para uma política de formação profissional de nível técnico. (CORBO & MOROSINI, 2005, p.177)

A educação profissional em nível técnico, deve ser vista como uma ampliação das oportunidades educacionais, democratizando o saber sobre o trabalho, revertendo assim, as desigualdades deste saber em um processo fragmentado e simplificado, gerando uma banalização de sua operação. O MS propõe que a formação técnica contemple as competências que compõem o perfil profissional dos agentes comunitários de saúde:

Desenvolver ações de integração entre as equipes de saúde e a população adstrita às unidades de saúde; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde; desenvolver ações de promoção da saúde; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigido às situações de risco sanitário para a população; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes. (BRASIL, 2004)

Os cursos de formação técnica ficam a cargo de escolas públicas, voltadas para a área da saúde, com a atribuição de ordenar, orientar e participar da qualificação profissional, suprimindo as necessidades de trabalhadores qualificados para o Sistema Único de Saúde, permitindo uma formação profissional de qualidade.

A realidade durante muitos anos foi de treinamentos na preparação dos trabalhadores de nível elementar e médio, desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde em que se encontravam alocados.

Hoje, a capacitação dos ACS's segue critérios deferidos na portaria 648/GM de 28 de março de 2006, portaria essa que aprova a política nacional de atenção básica e aponta diretrizes e normas para a organização da atenção básica e PSF e PACS. No que se refere à educação, a portaria assim define: A educação permanente dos profissionais de Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal." (BRASIL.

2006). No capítulo 5 da capacitação e educação permanente da equipe, a portaria normatizadora assim define:

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe. Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESF's serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006)

No município de Lages, a população é de 168.583 mil habitantes (BRASIL, 2009) e, portanto, compete a SMS estimular e viabilizar o curso introdutório, a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes. No ano de 2008, a SMS em parceria com a Escola de Formação em Saúde (EFOS), realizou o primeiro módulo do curso de formação inicial do ACS. A metade dos ACS's na ativa realizaram a capacitação. A segunda etapa e a qualificação dos demais não se efetivaram até o momento, por questões jurídicas. Uma das empresas que participou do processo de licitação entrou com recurso o que inviabilizou a realização da segunda etapa que estava prevista para março/abril de 2009.

## **4. DESVENDANDO OS DESAFIOS DO ACS FRENTE À EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE**

A primeira experiência com os ACS's ocorreu no Ceará, em 1987, tendo como um dos objetivos a redução da mortalidade infantil, priorizando ações de educação em saúde, com atenção especial ao grupo materno-infantil. Em junho de 1991, nasce a ideia de implantar o PACS, inicialmente no Nordeste, seguido da região Norte. Considerando os bons resultados do PACS, surge o PSF. Idealizado em 1993, foi oficializado em 1994, e em 1995 expande-se. Implantado como estratégia de reorganização do SUS, privilegiando as áreas de maior risco social. Segundo Silva e Dalmaso (2002) o PSF é:

Um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. (SILVA, DALMASO. 2002. P. 57).

A equipe de PSF, preconizada pelo MS, é multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ou auxiliar de enfermagem e o ACS, que nesse conjunto funda uma nova identidade social. A categoria profissional de ACS foi reconhecida em 10 de junho de 2002.

Os ACS's são membros da própria comunidade. Em suas histórias de vida, narrada pelos sujeitos da pesquisa, fica clara sua identificação com a comunidade na cultura, linguagem e costumes. Para entender os ACS's é importante conhecer um pouco de sua história de vida, que se mescla com a história local, de uma cidade formada na região para onde muitas famílias migraram. A formação histórica da cidade constitui-se como um ponto de passagem para transporte e comércio. Muitos moradores vêm do meio rural, tendo iniciado sua formação em escolas isoladas, assim como os ACS's.

Onde eu morava era o Araçá, antes Campo Belo, agora Cerro Negro, era uma vilazinha, que tinha igreja, cemitério, o salãozinho da Igreja e a escolinha do interior... Mas era muito boa, só tinha uma sala desde a primeira até a quarta série... Ele (o professor) dava todas as matérias, com ele eu aprendi a escrever, só que um português muito... muito comido letra, (risos) porque ele também... Acho que nosso professor... ele tinha só o primário também mas... era um educador...entendeu?. Era um senhor bem de idade, tinha pouco estudo. Mas ele era muito inteligente, era formidável. (ACS Luz)

Os processos de aprendizagem relatados por Luz identificam a educação popular na metodologia utilizada para a obtenção do saber em matemática, mais especificamente a raiz quadrada, ela demonstra claramente por que esse aprendizado significou em sua vida, era usado na conta da roça, dando sentido a essa readequação do saber.

...até por sinal tinha raiz quadrada, é conta de roça, nós dizíamos, era feito um quadrado assim (mostra) uma metragem aqui, outra aqui, outra aqui, outra aqui. Por exemplo, se nós íamos fazer uma empreitada de capina, depois era medido prá fazer o cálculo de empreitada, quantos metros nós tinha feito ali, se dava uma quadra de terra, na matemática, era medida as braça assim, as braçadas daí media em uma corda, depois nós marcava ali e depois nós multiplicava. (ACS Luz)

A metodologia utilizada em sua formação vem ao encontro das propostas de educação em saúde, bem como a estratégia teórica e metodológica de educação popular em saúde, que sistematiza as suas ações para a reconstrução de

experiências partindo de uma reflexão crítica para produção de novos conhecimentos e caminhos de ação, tendo como ponto de partida o saber anterior, um conhecimento fragmentado e às vezes pouco elaborado, mas que é a matéria-prima nos processos de educação popular. A valorização desse saber permite que o sujeito mantenha sua iniciativa de ação.

A Educação popular em saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento científico é intermediado pelos profissionais de saúde e atinge a vida das pessoas. Dos integrantes da equipe de ESF, que é composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS, será o agente quem irá provocar maior impacto nas ações de saúde comunitária, por ser parte dessa própria comunidade, e na estratégia exercer um papel de ponte entre a Comunidade e o serviço de saúde institucionalizado.

Ao compreender o processo de saúde-doença, partindo de suas vivências e interpretações, é fundamental que se busque o entendimento que o ACS tem de saúde e de seus determinantes, e observar nesse processo como ressignifica a concepção de saúde partindo da ação/reflexão/ação transformadora. O ACS é o sujeito diferenciado nesse contexto, e o seu entendimento de saúde será o fator de maior potencial de mobilização de forma significativa junto à comunidade. Ao fazer parte da comunidade e reconhecido como um de seus pares, tem uma legitimidade e aceitação maior, o que permite uma melhor identificação das dificuldades e necessidades, vislumbrando quais práticas devem ser adotadas. No entanto, isso não basta, é necessária uma articulação entre os diversos saberes para que ocorra a promoção da saúde em seu conceito ampliado, entendido e assimilado pelos sujeitos envolvidos nesse cenário de mudanças. O conceito ampliado de saúde obteve avanços na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986 em Brasília/DF e, posteriormente, consolidados na Constituição de 1988, que, no Artigo 196, dispõe que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção e recuperação. (BRASIL. 1988).

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o processo de discussão concentrou-se na elaboração e aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que só ocorreu em 19 de setembro de 1990. Esta lei, em seu Artigo 2<sup>o</sup>, dispôs que: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. E complementou em seu Parágrafo 3<sup>o</sup>:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do dispositivo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social. (BRASIL. 1990)

No contato com os sujeitos desta pesquisa, observei que as concepções de saúde estão evidentes para as ACS's, e apontam que o conceito de saúde foi resignificado durante suas práticas em saúde. As colocações são pertinentes ao que o MS preconiza, seu olhar perde o foco na doença e passa a focar nas condições de infra-estrutura que guardam, asseguram as condições básicas da qualidade de vida, entretanto não perdem o foco de sua realidade:

Saúde é ter uma casa, trabalho e comida. Ter uma moradia digna, né, um lugar assim, uma casa que tenha conforto, tenha banheiro, né, tenha um esgoto, lugar certo pro esgoto, segurança, porque se não tiver isso daí como é que se vai ter saúde, né? Porque saúde vem de casa. (ACS Luz)

Saúde em primeiro lugar, moradia decente, alimentação decente, emprego digno, salário digno e justo para que ele possa suprir as necessidades da família, condições de moradia, saneamento básico, ter uma religião, uma crença, uma boa convivência comunitária onde ela possa viver em paz, em harmonia e tranquilidade, com condições de lazer. Que só trabalhar ela não consegue sobreviver e tem ainda o saneamento básico. São essas as principais, a base para se ter saúde. (ACS Matutina)

... Muito pouco, se eu for ver... Primeiro eu não tenho mais dente, eu tenho peridontia, daí tive que usar dentadura e uma protesezinha que se suporta em dois dentes naturais, que tão aqui de teimosos, sujeito a perder a

qualquer hora. Também passo muito das horas de me alimentar... e dormir...durmo tarde, acordo cedo, caminho bastante, às vezes sem descansar. Uso calçado inadequado pro trabalho, porque a gente não tem equipamento de proteção individual. Tomo muito pouco líquido, já tive infecção urinária... eu não ligo muito para a minha saúde, a única coisa que eu estou fazendo de saúde prá meu lado, tô procurando não engordar, não aumentar de peso...(ACS Matutina)

O ACS, sujeito que agora contempla um ampliado olhar sobre a realidade sócio, cultural, econômica e ambiental, que interfere nas condições de saúde da população sob seus cuidados, foi idealizado em 1975 na Assembléia da Organização Mundial de Saúde, onde definiu que para vencer a crise da saúde, seriam aproveitadas pessoas comuns disponíveis, como as parteiras curiosas, o pessoal de nível elementar e até mesmo os curandeiros. Essa realidade é o impulso para implantação do ACS na saúde pública, aqui classificado como elementar e da própria comunidade. Todas as participantes da pesquisa são da comunidade, algumas delas nascidas no próprio bairro. "Claro... já nasci nesse bairro, lá em baixo, sou daqui mesmo". (ACS Esperança).

Nessa mesma assembléia é lançado o movimento de saúde para todos no ano 2000. A preocupação é de como viabilizar a estratégia que propõe saúde para todos e com a agravante de um período determinado até o ano 2000.

A equipe pensada para executar essa nova e abrangente proposta, limita-se ao universo dos fazedores da saúde, centrada no médico e enfermeiro na sua hierarquia, cuja formação do saber é fundamentada no modelo Flexneriano<sup>8</sup>, hospitalocêntrico, centrado na doença, cuja resolutividade está nas ações de alta complexidade com consequente uso de avançadas tecnologias.

No início, a inclusão dos ACS's no programa trouxe alguns nós críticos. Um deles é a noção de saúde muito vinculada à doença. Outro entrave é a referência político-partidária na indicação de nomes. E ainda problemas inerentes à formação e capacitação dos novos profissionais, pois o recrutamento, a seleção e a formação

---

<sup>8</sup> O modelo flexneriano está fundamentado no *Relatório Flexner*, realizado por Abraham Flexner, no início do século XX. Refere-se à medicina orientada para o indivíduo, o biologicismo, o mecanicismo, a especialização, a tecnificação, e a exclusão de práticas alternativas, com ênfase na prática curativa. Teve grandes repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde. (MENDES, 1996, p.238-239)

são de responsabilidade da equipe técnica formada na mesma concepção do modelo hegemônico da saúde (hospitalocêntrico). O início do programa acontecia em vésperas de grandes pleitos eleitorais, estadual ou federal.

Não sei se foi proposital ou foi coincidência, mas o programa foi implantado no ano político... Então, nós começamos nessa época e o pessoal já estava bem sabendo que era ano político, ano eleitoral e tava com medo do que poderia, que seria uma proposta de política mesmo e muita gente começou a pedir o impossível, começou a pedir o que a gente poderia dar, e aí se vira nos trinta, explicar bem como é que era, foi um pouco ruim, porque a gente ficou meio a pé, sem suporte. (ACS Matutina)

Essa dificuldade de indicações que perpassam relações político-partidárias ainda é um nó crítico no processo de recrutamento e seleção, mas também há potencial de mudanças que perpassam o processo de formação dos ACS's, pautados numa metodologia de educação popular. Esse sujeito vem para a formação, mas ele pensa, reflete e age, sendo esse o grande viés dos formadores comprometidos com a mudança no paradigma da saúde.

Vasconcelos aponta que a atenção primária à saúde não é uma realidade uniforme e única ou somente uma ação do Estado, foi uma conquista da população que soube aumentar seu poder reivindicativo, na década de 70. Mas houve, segundo esse autor, uma resposta esvaziada do Estado a essas reivindicações, que sofrem influências das forças locais no estabelecimento das prioridades e estratégias de implementação, passando inclusive pelo barateamento da mão-de-obra do setor saúde

...essa conquista popular respondida de forma esvaziada e tecnicada pelo Estado, vem sendo modificada em cada lugar por várias outras forças políticas, como principal a utilização eleitoreira pelas classes políticas transformando-os em lugares de se conseguir voto pelo oferecimento de seus empregos e serviços em troca de apoio das pequenas lideranças locais, aumentando ainda mais o esvaziamento da sua eficiência médica. (VASCONCELOS. 1989. P. 22)

Durante as entrevistas realizadas, uma das participantes confirma esse quadro: "Trabalhei três anos para ele, que era vereador do bairro e da igreja, também né, daí ele me prometeu serviço, mas eu jamais pensava que ele ia conseguir o serviço prá mim, né... e conseguiu mesmo". (ACS Esperança)

Aquilo que parece um grande entrave, por sua vez, é a possibilidade para os atores que vivem nas arestas do sistema e são os sujeitos comprometidos com as mudanças da realidade em saúde, perpassando e aprendendo a enxergar através destas. O que para os governantes parece um muro intransponível de ações clientelísticas, para quem vive nas arestas é a fresta através da qual transpõe os obstáculos, partindo destes para construção de novos caminhos, numa transição entre fronteiras.

... Hoje em dia não exige mais nada, tem gente que tem até a 5ª série no máximo e tá indo bem, tá conseguindo, você sabe qual é o meio né?...o meio é política, mas o importante é que a pessoa consiga fazer, entrar no ritmo, tudo que importa, que entre no ritmo, porque se não, não tem sentido o trabalho de agente comunitário, tem que aprender se expressar bem, pra ir em contato com as pessoas... (ACS Matutina)

A realidade que vivenciamos na gestão pública em 1995, quando da implantação do programa, não seguia somente as determinações do MS para a ocupação do cargo de ACS, mas sim, a listagem de indicações encaminhadas por detentores de cargos públicos ou por pessoas que ouviram a divulgação através da imprensa, principalmente o rádio, que é o veículo de maior alcance em todos os extratos sociais, como podemos observar no depoimento seguinte. O primeiro grupo de ACS foi organizado dessa forma:

Quando escutei no rádio que a secretária da saúde tava dando entrevista no programa "Onde canta o sabiá," em março de 2000, que seria implantado o programa, e ela deu as áreas de abrangência e qual seriam os critérios para contratar o pessoal. (ACS Matutina)

...daí o presidente do bairro chegou e disse assim...vai abrir vaga e vai ter um trabalho novo que é pra agente comunitário, mas eu não sei te explicar direito...daí eu fui atrás. (ACS Sol)

O cenário estava determinado, cabendo aos profissionais com a responsabilidade desse desafio, impor o ritmo no processo de formação. A habilidade do grande sábio consiste em não se opor às forças hegemônicas constituídas, mas aproveitar esses espaços para construção de uma outra realidade. “... muitas vezes eu tenho que ser como um camaleão, eu mudo de cor conforme o ambiente, mas no geral eu consigo transmitir meu recado...” (ACS Matutina).

Mesmo embasada no conceito ampliado de saúde que se fundamenta na promoção e prevenção de saúde, percebe-se que a priorização das ações de educação em saúde se intensifica em casos de epidemia, sem levar em conta como as classes populares estão entendendo, elaborando e se apropriando das mensagens e saberes transmitidos nas ações oficiais de saúde de caráter emergencial. Como transformar essa educação em saúde de caráter pontual em uma ação primeira, contínua e por isso efetiva, esse foi um grande desafio a ser suprido.

O treinamento introdutório ainda segue o princípio da verticalidade, no qual os conteúdos e a metodologia são planejados e selecionados a partir da concepção tecno-científica dos burocratas da saúde, portanto, descontextualizada da realidade cotidiana dos executores das ações, os ACS's

...foi feito tudo que nós fazemos assim teoricamente, através de vídeo, transparência, retroprojeto e foi dado algum trabalho do ACS dentro do vídeo cassete e pelas palestras do cubano, e tudo que era feito quando nós fazemos as fichas; como preencher e tudo como é que tinha que ser feito. Antes de nós pegarmos o material em nossas mãos, ele já tinha passado tudo, os macetes, só faltou uma coisa que foi o mais difícil, que foi chegar nas famílias e nos organizar e nos virar nos trinta, que foi o mais pior né, mas enfim, de teoria nós estávamos muito bem, obrigada.(ACS Matutina)

A proposta de uma educação popular em saúde, que tinha a realidade como matéria- prima para a readequação de saberes em saúde foi substituída por uma

formação inicial tradicional, onde o saber é repassado, baseado em experiências vividas anteriormente e muitas vezes distanciada da realidade. O mediador dessa formação vinha não só de uma outra realidade, como de um outro país, aumentando ainda o distanciamento entre educando e educador. "O cubano ele era muito enrolado, mas deu prá entender o que ele dizia... Era mais o menos isso, sabe". (ACS Sol).

A estratégia de prioridade de atenção básica vem de uma imposição característica da hierarquia da verticalidade própria da elite sanitária, que utiliza os meios de comunicação de massa e material impresso produzido de forma centralizada, resultando em uma formação autoritária da população, que evidencia os bons caminhos de vida e saúde conforme a concepção de grupos com interesse de controle social.

O próprio MS, ao lançar materiais impressos para subsidiar o conhecimento introdutório, incorre em alguns problemas, ao mesmo tempo em que lança mão da pedagogia freireana, portanto libertadora e construtivista, em prol de um modelo de educação fundamentado na pedagogia da transmissão de conhecimento e propõe uma pedagogia de capacitação que acena para autonomia dos sujeitos, mas nas tramas dessa rede constituída, nas práticas cotidianas de formação, persistem práticas e princípios que perpetuam a dominação e as concepções tradicionais de saúde.

O significado de uma determinada estratégia em saúde vai depender de quais forças políticas foram dominantes em sua estruturação e implementação. Sabe-se que a saúde comunitária foi construída ao longo de sua história pela interação de forças muitas vezes divergentes e contraditórias. Nesse sentido, a saúde comunitária abarca uma diversidade de práticas, que confunde muitos profissionais que trabalham dentro desse modelo. Palavras como diálogo, participação, conscientização, trabalho em equipe, comunidade, são utilizados por todos, porém, o que difere é o significado que os sujeitos dão em suas práticas a cada uma dessas palavras. O dia- a- dia aponta para uma experiência que apresenta ao mesmo tempo elementos de conscientização e alienação, de libertação e criação de dependência, de tapeação e esclarecimentos. No andamento da qualificação do ACS foi visível

essa dicotomia, mas os ACS's conseguiram conquistar lentamente um controle de seu funcionamento e aos poucos reorganizaram as práticas.

“Daí as pessoas não sabiam bem direito o que o agente queria fazer ali, gerando dúvidas e insegurança. Também aqui quando começamos, aqui na unidade, a gente não sabia o que o pessoal faria e o que veio fazer aqui..a gente sofreu bastante, foi um ano e quatro meses sofrendo, porque daí a gente tinha que apresentar uma nova proposta de saúde à comunidade.. mas nem mesmo nós tínhamos isso claro e nem suporte para dizer o que fazer” (ACS Matutina)

O relato de Matutina vem reforçar que os cursos de formação pouco têm priorizado a discussão dos difíceis caminhos da ação pedagógica comprometida com a apuração do sentir, pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde, de forma a se construir coletivamente as novas soluções sanitárias preconizadas a esse conceito de saúde e ser saudável. O que se tem assistido na maioria dos serviços de saúde é a reprodução de ações educativas extremamente normatizadoras e centradas apenas na inculcação de hábitos individuais considerados saudáveis, como salienta Vasconcelos:

Esta forma de trabalho educativo boicota a participação popular, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento em conjunto com os serviços do processo de transformação social através do diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde. (VASCONCELOS, 2007, p. 26)

O fosso criado pelo despreparo e pela falta de experiência vivida nesse novo paradigma de saúde, torna-se evidente, tanto pela população em suas solicitações e reivindicações, como pelo ACS, em dar encaminhamento aos problemas encontrados e efetivar o elo e o encurtamento entre a população e serviços de saúde institucionalizados.

E muita gente começou a pedir o impossível, começou a pedir o que a gente não poderia dar, e aí, se vira nos trinta, explicar bem como é, e o que

era, foi um pouco ruim, porque a gente ficou meio a pé, sem meio, sem suporte. (ACS Matutina)

A interlocução dos protagonistas da pesquisa evidência que as iniciativas de capacitação preconizadas institucionalmente não obtiveram os resultados esperados. As ACS's não se sentiam seguras no processo de comunicação e interação com a comunidade na busca de alcançar mudanças significativas na apropriação do conceito de vida saudável. Nas vivências das práticas cotidianas, o ACS vai percebendo que o conhecimento se faz durante a caminhada, com os profissionais dos serviços de saúde de um lado e a população de outro, numa perspectiva de aproximação, inserção e relação educativa com a comunidade que possibilite a criação de práticas de saúde apropriada às circunstâncias locais, valorizando e respeitando a iniciativa dos atores envolvidos:

O que mais me ajuda é o que eu aprendo na escola da vida, né, que daí, você vai vivendo, vai aprendendo com as pessoas né, a gente vê como é que é, como é que não é, e vai de casa em casa...e nas casas aprende alguma coisa, muitas coisas você não sabe e às vezes você já sabe, e começa a comentar e a gente aprende mais ainda né, sempre aprendendo né. (ACS Esperança)

O que vai se apresentando pelas falas das ACS's é que se faz necessário o resgate das dificuldades e potencialidades do real, cenário de inserção das mesmas, cenário que vai sendo construído a partir de diversos olhares, num movimento dialógico entre equipe e comunidade, instituindo um saber que se constrói a partir e pelo que todos e cada um dos participantes de uma comunidade aprendente podem trocar uns com os outros. As palavras de Paulo Freire proferidas na Comunidade Eclesial de Base de Catuba, São Paulo, apresentadas no Caderno de Educação Popular em Saúde, reforça a necessidade de conhecer o meio em que ocorre essa troca educativa.

O que ensina a gente fazer as coisas é a prática da gente, por isso não faz "mal nenhum", que se leia um livro ou outro. Devemos ler, e é importante lermos, mas o fundamental é o fazer, isto é, lançarmo-nos numa prática e ir

aprendendo-reaprendendo, criando-recriando com o povo. Lendo, ao mesmo tempo, as teorias adequadas aos temas. Isso é o que ensina à gente o necessário movimento prática-teoria-prática. A prática refletida é a práxis, e é a que indica o caminho certo a ser buscado. (BRASIL, 2007. P. 34)

Nas entrevistas, as ACS's evidenciam que partindo da realidade, buscam na educação não formal subsídios para um enfrentamento mais adequado das atividades desenvolvidas em seu dia-a-dia, mas deixam claro que na prática diária é fundamental transitar pelo fosso cultural existente entre o conhecimento científico e o saber popular,

...gosto de ler assuntos sobre aquilo que eu posso transmitir ao pessoal da minha área, qualquer assunto que venha a ajudar, que até possa servir para mim colaborar com o povo e que eu possa convencê-lo a procurar a unidade de saúde, eu procuro me atualizar... O conhecimento mais forte é o conhecimento da vida, porque aí tem uma experiência bem vivida, enquanto todos os aspectos econômicos, psicológicos, conflituais, são essas experiências que falam mais alto. (ACS Matutina)

Apenas modificar as estruturas, não garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sobre novos parâmetros de trabalho, e nem mesmo que o trabalho dos outros profissionais deixassem de ser estruturados pelos atos e saberes médicos. O atendimento dentro dos serviços de atenção primária em saúde continua voltado para os aspectos biológicos das doenças, sem se preocupar com os aspectos sociais. A população permanece recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústias, não é efetivo um esquema de resposta aos problemas agudos de saúde.

A proposta mesmo do PSF do programa de saúde no PSF, entra intersectorialização ou diria multidisciplinar, e seria um trabalho em parceria com os demais setores da saúde pra haver um grande envolvimento numa grande mobilização, pra recuperar a saúde das crianças, como eu já cobrei dum outro pessoal que era responsável ali, que o que que adianta eu chegar em casa, ver uma criança com verminose, ir la no médico consultar, tomar o remédio para vermes e voltar na situação anterior, não tem condições de sobrevivência, de brincar em um lugar decente, vai brincar na rua e tá lá em contato com cães, está em contato com fezes, está respirando o ar fétido do esgoto a céu aberto, está se contaminando...E eu digo...o que é que adianta isso aí. Eu me sinto lá em baixo como ACS. (ACS Matutina)

O ACS já tem consciência de que não adianta tomar remédio de vermes e voltar para a realidade onde a estrutura de saneamento básico de destino das águas servidas e pluviais continua sem solução. A ACS, além de perceber a condição, incorpora a indignação com essa e outras situações de seu cotidiano como a priorização do cumprimento de metas quantitativas em detrimento da qualidade.

São números...números...números, você tem que fazer tudo aquilo ali com pressa, é claro que alguma coisa vai ficar para trás, o que eles querem ver é o número de consultas, de hipertensos, não olham a qualidade, eles querem é quantidade e não a qualidade de vida das pessoas. Eu posso fazer a minha parte, mas chega na metade do caminho, sou barrada, dependendo dos outros e daí às vezes não posso fazer nada. Fica ruim quando você não consegue fazer as coisas...e a família que está esperando é que cobra.(ACS Estrela)

A partir desse momento ela passa a ser um agente de mobilização social dessa comunidade para reivindicar junto ao poder público a priorização na elaboração de projetos que deem conta destas condições desfavoráveis na estrutura do coletivo, lutando junto com a população, para tornar efetivas as mudanças com os recursos oriundos da própria comunidade, como a reversão da arrecadação dos tributos urbanos de uma área específica, serem revertidos em obras de infraestrutura nesta mesma área, deste modo a população resgata de condição de solicitante de favores políticos, para a condição de sujeito que detecta os problemas, aponta-os e sinaliza soluções. Essa é a real e efetiva participação e transformação de uma realidade, partindo do princípio de ação/reflexão/ação.

Um outro fator positivo do ACS nesse cenário de saúde é a função mediadora por ele exercida, função essa que nem sempre se apresenta de forma clara e objetiva, pois ela tem a ver com a visão de mundo e com a percepção das pessoas.

Mediar a relação entre os serviços e a população na perspectiva da melhoria das condições e 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. (MARTINS. 2007)

O vínculo estabelecido entre o ACS e a comunidade dá-se paulatinamente, pelo fato deste ser o único trabalhador do PSF que obrigatoriamente reside na comunidade onde trabalha, portanto sua atividade é pautada no contato direto, contínuo e ininterrupto com a comunidade. Ao mesmo tempo em que é um sujeito pertencente à comunidade, é um agente de mobilização e transformação social, desempenhando duplo papel nesse cenário.

Ao residir na mesma comunidade estabelece relações diversas : relações profissionais e pessoais, relações de agente de saúde e de vizinho, relações de quem orienta quantos aos cuidados com a saúde, e de quem frequenta os mesmos espaços sociais que os usuários (JARDIM e LANCMAN. 2009)

Este cenário de dualidade constrói um processo dinâmico e de credibilidade do profissional com a comunidade, portanto precisa ser constantemente fortalecido e mantido. Um dos fatores determinantes para essa credibilidade está diretamente relacionado à resolutividade dos problemas encaminhados pelos usuários. A realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa aponta para um cenário de inoperância do sistema de saúde em atender as necessidades da comunidade, o que gera um sofrimento por saberem que parte das demandas não será atendida.

...Ah! mas desse jeito não dá...eu tô cansada... eu faço...faço...faço, planto a sementinha, cobro, vou atrás e não dá...daí é de desanimar...Foi daí que ela disse assim: calma, minha amiga...você não aprende nunca...eu qualquer hora eu saio, eu me aposento, eu disse pra ela, eu desisto: não adianta...calma, Sol... vai envelhecer desse jeito. (ACS Sol)

Não há mudança sem comprometimento, comprometimento esse que vai levar à busca e ao envolvimento. Além de ser um morador da comunidade, o ACS é um agente político com um vínculo oficializado com as esferas de poder, com função específica de promover saúde. No processo de promover saúde, é responsável por instrumentos oficiais de registro de suas atividades, o qual resulta em um perfil

epidemiológico das reais condições de vida dessas populações, obtido através dos indicadores pautados na coleta de dados. O ACS, com ampla rede de atuação e de informações, ocupa papel privilegiado, pois possui dados concretos sobre as condições determinantes da saúde, o que lhe confere um empoderamento tanto na comunidade, como nos espaços formais de gestão em saúde, na busca de recursos junto às esferas federal, estadual e municipal, tendo todos os caminhos legítimos para a busca de recursos.

E por esses caminhos também formam uma rede de relações entre as ACS's e a própria comunidade, uma rede de ajuda mútua, de solidariedade silenciosa e velada, que constituem espaços de resistência e de proteção, consolidando caminhos de diálogos entre as práticas oficiais e as necessidades e potencialidades das comunidades. Redes que muitas vezes estão invisíveis aos olhos de quem não pertence à comunidade, o que também se constitui como uma estratégia de sobrevivência, na luta diária pela vida em condições adversas.

A educação em saúde, no contexto da ESF, apresenta-se como um mosaico, onde os fragmentos de experiências e saberes diversos, mas não antagônicos, são usados como recursos de enfrentamento, de acordo com a ocasião, as possibilidades existentes e o que coletivamente se concebe, como sendo melhor. O próprio saber científico repassado ao ACS está incluso nesse mosaico de saberes, o qual se mistura com as concepções herdadas e construídas na comunidade, reconhecendo-se que este não é um universo vazio de saber, mas uma outra forma de saber sobre saúde.

Compreender as práticas de educação popular em saúde dos ACS's ajuda-nos a entender suas ações de enfrentamento ultrapassando os (pré) conceitos e elementos dissonantes na forma de ver a saúde e a doença. Quando nos dispomos a ampliar nosso próprio olhar para compreender o olhar do ACS em relação à educação popular em saúde, aproximamo-nos dando-lhes voz, tornando-os deste modo sujeitos mais fortes.

Paulo Freire (2005) afirma que há uma relação entre a alegria necessária à atividade educativa e a esperança. A esperança de que juntos podemos aprender, ensinar, inquietar-nos, produzir e juntos igualmente resistir aos obstáculos à nossa

alegria. Certamente a utopia que se esconde atrás da ESF seja o da esperança de se poder construir por caminhos não conhecidos, uma sociedade participante e justa através do fortalecimento e cumplicidade na comunicação e negociação entre tão diversos atores, com a participação em pé de igualdade dos grupos ditos subalternos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No transcorrer desse estudo, busquei refletir as concepções que o ACS desenvolve em relação à educação em saúde, como significam suas experiências e qual a importância atribuída à educação em saúde, procurando demonstrar as interfaces com as práticas de educação popular.

Os princípios fundamentais do SUS são universalidade, integralidade e equidade que são geradores de um grande desafio, visto que o Brasil possui grandes diversidades políticas, culturais, educacionais, estruturais. Dentre os desafios decorrentes desse cenário de diversidades, é necessário organizar o processo de atenção em saúde, buscando aproximar o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência nas esferas municipal, estadual e federal, considerando a saúde como processo dinâmico que, portanto, exige atenção sobre diferentes dimensões de necessidades do ser humano, dispondo de recursos para o restabelecimento do equilíbrio saúde/doença, promovendo um diálogo entre os saberes médicos e as práticas e concepções de saúde tais como são vividas e sentidas pela população.

Para se pensar em serviços de saúde, faz-se necessário refletir sobre a relação entre os atores, pois o atendimento em saúde envolve a interação entre pessoas com práticas plurais. A efetivação do SUS apresenta resultados relevantes, dentre os resultados, observa-se a readequação das práticas em saúde, nas quais há ênfase e proximidade com os processos e princípios de educação popular.

A educação popular em saúde possibilita a construção compartilhada de conhecimentos, diálogos possíveis e necessários entre conhecimento científico e outros saberes, numa interlocução entre saberes e práticas, buscando construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde/doença, possibilitando a aproximação entre a saúde vivida e os serviços de saúde oferecidos à população. É nesse contexto que atuam os ACS.

O MS preconiza como uma das principais atribuições do ACS ser um agente educador, auxiliando no enfrentamento dos problemas de saúde por parte da população, dando um novo perfil à assistência, com atos do cotidiano que articulam trabalhadores da saúde com a população atendida, onde um e outro se colocam como sujeitos de um mesmo processo de produção de saúde. Se por um lado o MS valoriza esse novo profissional que é próximo e acessível à população, por outro, não redireciona as potencialidades educativas dos ACS's, promovendo um treinamento precário, fragmentado e por vezes desarticulado da realidade na qual se encontra inserido.

O ACS é o vínculo de responsabilidades entre os serviços e a população assistida, isso se dá, entre outros motivos, por ser o único trabalhador da ESF que obrigatoriamente reside na comunidade em que trabalha, gerando um contato assíduo e contínuo, o que os torna muitas vezes portadores e interlocutores dos anseios da comunidade. Entretanto sua capacidade de enfrentamento dos problemas e autonomia de atuação não é suficiente. Muitas vezes as demandas colocadas pela comunidade vão além de suas competências e possibilidades de resolução, exigindo por parte do ACS um esforço nas ações de saúde, esforço esse que implica buscar respostas de forma comprometida, não permitindo uma acomodação nas rotinas de trabalho de forma superficial e quantitativa, independente dos resultados alcançados.

O modelo assistencial da ESF propõe a reorganização dos saberes e práticas de saúde, para tanto, faz-se necessário o rompimento de práticas convencionais, com uma assistência integral e continuada. O ACS muitas vezes tem que amenizar as fragilidades do sistema de saúde para evitar conflitos nas relações com a comunidade, preservando assim a dinâmica das relações, permitindo continuar a adentrar na casa e na vida das pessoas.

O princípio da integralidade, que norteia a ESF, prevê a assistência promocional e preventiva sem, contudo, descuidar da atenção curativa e reabilitadora. A facilidade de acesso aos serviços de saúde em atenção primária e as dificuldades de incorporar a nova forma de produzir o cuidado, por parte dos profissionais e dos usuários, gera uma demanda aos serviços de maior complexidade que o sistema não consegue suprir. Ao ACS esse é um entrave em seu dia-a-dia, pois a demanda da população e a disponibilidade dos serviços, não têm o mesmo ritmo.

A impossibilidade dos usuários ao acesso a outros níveis de atenção, por vezes dificultam as relações com o ACS, resultando em uma instabilidade nas relações de trabalho e da qualidade ao atendimento prestado, o que se por um lado causa frustração, por outro, permite a construção de soluções partilhadas numa relação de cooperação. Isso fortalece os mecanismos defensivos através da criação de redes de apoio e acordos que auxiliam na busca de soluções, contribuindo na realização do trabalho. Alargam-se as fronteiras uma vez que o ACS vislumbra a ampliação da busca participativa (ACS e comunidade) de soluções, criando uma solidariedade silenciosa, uma cumplicidade, um sentido de pertencimento, velado, difícil de ser identificado e, portanto, difícil de ser controlado por uma política de saúde que vislumbra ínfimas formas de se enxergar e buscar soluções para um mesmo problema.

A autonomia do ACS, resultado das redes de apoio, causa desconforto nos serviços em que as ações ainda são isoladas e centradas na figura do médico como detentor de um conhecimento absoluto, onde o usuário do sistema de saúde sai da UBS com um papel ou um medicamento na mão, constituindo num simples tratamento focado na doença e sem a compreensão da realidade de sua clientela. No entanto, as políticas de saúde normatizam que as ações sejam partilhadas nas ESP, na clientela e na equipe, tornando-se necessárias que a descentralização do cuidado em saúde na figura do médico, como um ator responsável pela saúde do outro, num sentimento que o saber biomédico é superior ao saber de outros membros da equipe e da comunidade.

O ACS, em seu cotidiano de trabalho, transita entre o conhecimento científico e o saber compartilhado pela comunidade, possibilitando a proposição de ações

mais elaboradas e voltadas às necessidades e interesses da comunidade. Desenvolvem estratégias que refletem a capacidade individual e coletiva, em cumprir com suas atividades e, portanto, a sua função de elo entre os serviços e a comunidade lhe confere *status* e contentamento. Esse sentir-se reconhecido reflete nas falas com uma das ACS's, sujeitos da pesquisa:

...amo... amo o que faço, não me vejo fazendo outro trabalho...se você disser eu te dou três a quatro mil, é um bom dinheiro, perto do meu salário, eu não quero, sabe por que? Eu tô feliz porque eu amo o que eu faço... (ACS SOL)

...foi um emprego que para mim caiu do céu, eu não quero trocar por outro, só pra continuar assim, ajudando na rua, chegando nas casas... (ACS LUZ).

...eu sou feliz fazendo o meu trabalho, eu fico às vezes no domingo, feriado e nas férias, olhando lá pro morro e digo... Ah! que saudade do morro, vendo Avon e vou cobrar alguma coisa só pra ir pro morro, só pra ver o povo do morro...é muito bom gostar do que faz... (ACS Esperança)

A criação de redes de apoio que se estabelece entre as ACS's e a comunidade possibilita a busca partilhada de soluções de problemas, construindo acordos e regras que contribuem positivamente no processo de trabalho em saúde, transformando os saberes em contribuição e reformulação, capaz de intervir nos problemas de saúde da comunidade. Os ACS's leem a realidade e detectam os fatores e forças que estão por trás de cada problema, o que por vezes, é mais importante que dominar uma série de técnicas. Na ESF faz-se necessária uma relação de aprendizado num processo de diálogo entre quem conhece a realidade e quem tem o conhecimento científico.

As falas das ACS's deste estudo indicam que esse diálogo precisa se efetivar, constituindo a educação popular em saúde por meio de ações culturais ampliadas de diálogo e desenvolvimento, partindo do que se vive e se troca, do que se aprende e se motiva; quando se dialoga, critica-se criativamente sobre a vida e o mundo, por intermédio do corpo e de ações que resultem em saúde. Para tanto torna-se necessário que a capacitação dos ACS's seja repensada para que os saberes possibilitem a adequação de suas práticas, possibilitando um movimento em

parcerias, transitando por diversos universos, propiciando uma transformação na sua ação em saúde.

Nas idas e vindas e nas falas das ACS's, evidencia-se a necessidade de que a equipe multiprofissional e multidisciplinar compreenda o mundo que a população adstrita está tendo, para que assim, num desvelamento da realidade comecem o processo de (re)construção, reacendendo seus valores frente ao grande potencial de diálogo com a comunidade. Essa aproximação entre profissionais e o popular requer uma redefinição de concepções e práticas, diminuindo assim as divergências existentes entre os profissionais e a população, contribuindo para a efetividade das políticas de saúde vigentes no país, garantindo as condições locoregionais, valorizando as ações de educação popular em saúde.

Fica a sugestão de que a educação popular em saúde seja o referencial metodológico de atuação educadora nos serviços de atenção primária em saúde, por ser um projeto pedagógico que valoriza a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais, com uma intercomunicação entre os diferentes atores sociais. Firme-se, assim, um compromisso de diálogo entre o saber popular e o conhecimento científico, rompendo com a normatização tradicional da relação entre os serviços de saúde e a população.

Através de meu olhar, emerge um desejo de que os interlocutores, profissionais da educação, vislumbrem um cenário de trocas de saberes entre a educação e a saúde, como é vivido e sentido, desde a formação desses educadores até a prática na comunidade, quebrando paradigmas, (pré) conceitos. E, utopicamente, acreditar da viabilidade do ACS integrar na formação escolar junto à comunidade, conduzido pelo olhar dos educadores amparados por saberes que transitem entre a educação, saúde e cidadania, usando como referencial a educação popular em saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Um Modelo de Educação em Saúde Para o Programa Saúde da Família:** pela integralidade e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 39-52, set 2004/fev 2005.

ALVES, Rubem. **Educação dos Sentidos.** Campinas, SP. Versus, 2005.

ARROYO, Miguel Gonçalves. **A Prática Educativa como Processo de Construção dos Sujeitos:** os espaços, as tensões entre a população, a equipe profissional e os gestores. Disponível em: [www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br). Acesso em 27 de dezembro de 2008.

BARROS, Aidil de Jesus P. & LEHFELD, Neide Aparecida S. **Projeto de Pesquisa: Propostas Metodológicas.** 15 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BARROS, Constanca Clementina. **Educação Popular e Método Popular.** Disponível em: [www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br). Acesso em 27 de dezembro de 2008.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (ED.). **Pesquisa Qualitativa Com Texto, Imagem e Som:** Um Manual Prático. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BERGUER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade.** 8 ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

BERTOLLI, Cláudio Filho, **História da Saúde Pública no Brasil.** São Paulo: ABDR. 2004.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Educação Popular**. 3ª ed. SP, Brasiliense. 1986.

\_\_\_\_. **A Educação Popular na Área da Saúde**. Disponível em: [www.interface.or.br/revista8](http://www.interface.or.br/revista8). Acesso em 31 de dezembro de 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. 2000.

\_\_\_\_. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde. 2007

\_\_\_\_. **Princípios Básicos para a Operacionalização de Saúde da Família**. Brasília, DF. 1988. Disponível em: [www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm](http://www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm). Acesso em 08 julho 2009.

\_\_\_\_. IBGE. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 07 de Janeiro de 2009.

\_\_\_\_. **LEI 8080 de 19/09/1990**. Dispõe sobre as condições de formação, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras procedências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 set 1990.

\_\_\_\_. **PORTARIA 648/GM de 28/03/2006**. Aprova a Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 29 março 2006.

\_\_\_\_. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF. 1997.

\_\_\_\_. **SIAB:** Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_. **Referencial curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.** Brasília: MINISTERIO DA SAUDE - MS, 2004.

\_\_\_\_. **Comitê Nacional de Educação e Direitos Humanos. Programa Nacional de Educação em Direitos Humanos.** Brasília. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, 2004.

BOFF, Leonardo. **Civilização Planetária: Desafios à Sociedade e ao Cristianismo.** Rio de Janeiro, RJ: Sextante, 2003.

\_\_\_\_. **Saber Cuidar: Ética do Humano-Compaixão Pela Terra.** 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BOSI, Eclèa. **O Tempo Vivo da Memória Ensaio de Psicologia Social.** 2 ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2004.

BOSI, Maria Lúcia; MERCADO, Francisco Javier (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

CAFFÉ, Eliane. **Narradores de Jave.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: Cultura Fundação Padre Anchieta, 2004.

CARVALHO, Maria Alice Peçanha. O processo de Construção Compartilhada do conhecimento: uma investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS E.M. (org). **A Saúde nas Palavras e nos gestos: reflexões da rede popular de saúde.** São Paulo: Hucitec, 2001, p. 101-114.

CHAGAS, Maristela Inês Osawa. (ORG). Educação em Saúde e Interfaces Conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Associação Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 60, n. 6, Nov/dez: 2007.

CORBO, A. D, MOROSINI, M.V. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio e Janeiro, Fiocruz. 2005.

COTTA, Rosangela Minardi Mitre. **Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: Do imaginário ao real**. Viçosa: UFV, 1998.

DAMATTA, Roberto. **O que Faz o Brasil, Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Rocco. 1986.

\_\_\_\_\_. **Carnavais, Malandros e Heróis**. 4 ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Editores. 1981.

\_\_\_\_\_. **A Casa & a Rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 1987.

DELGADO, Lucília de Almeida N. **História oral: Memória, tempo, identidades**. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2006.

DIAS, Nelsinha Melo de Oliveira. **Mulheres: "Sanitaristas de pés descalços"**. São Paulo, S.P.: Hucitec, 1991.

DURAO, Anna Violeta R. Educação Permanente em Saúde: Direcionamentos e controvérsias. In: **Estudos de Politécnicidade e Saúde, organizado pelas Escolas de Politécnicidade de Saúde Joaquim Venâncio**. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV, 2006.

FAVERO, Osmar. (Org.) **Cultura Popular e Educação Popular: Memória dos Anos 60**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1983.

FELISBINO, Janete Elza; Nunes, Elisete Pereira. **Saúde da Família: Planejando e Programando a saúde dos municípios**. Tubarão, SC: Unisul, 2000.

FERRARA, Lucrecia D'Alessio. **Olhar periférico**. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo, 1993.

FINKELMAN, Jacobo (Org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2002.

FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

FONTINELE JUNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família-PSF-Comentado**. Goiânia: AB Editora, 2003.

FRANCO, Jussara Botelho. **Educação Não Formal e Educação Ambiental: experiência na vida dos trabalhadores**. Programa de pos graduação em educação ambiental. Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2005. Dissertação de Mestrado.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1979.

\_\_\_\_. **Ação Cultural Para a Liberdade**. 8 ed. Rio de Janeiro. RJ: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_. **Educação Como Prática da Liberdade**. 10 ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1980.

\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. São Paulo, SP: Paz e Terra, 1975.

\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 7 ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra. 1979.

\_\_\_\_. **Conscientização: Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Trad. Kátia de Mello e Silva. 3 ed., São Paulo: Moraes, 1980.

FRIGOTTO, Gaudêncio. As Relações Trabalho Educação e o Labirinto do Minotauro. In: AZEVEDO, Jose Clovis. (Org.). **Utopia e democracia na educação cidadã**. Porto Alegre: Universidade/UFRGS. 2000.

GOHN, Maria da Glória. **Movimentos Sociais e Educação**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

HOLANDA, Sergio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

HURTADO, Carlos Nunes. **A Educação Popular: Conceito que se define na práxis**. Disponível em: [www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br). Acesso em 27 de dezembro de 2008.

LEOPARDI, M.T.; RODRIGUES, M. S. P. **O Método de Análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza, CE: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro, RJ: Vieira & Lent, 2004.

LIBANEO, Jose Carlos. **Pedagogia e Pedagogos, para quê?**. 6 ed. São Paulo, SP: Cortez, 2000.

MAROSINI, Márcia Valeria G. C. (Org). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

\_\_\_\_\_. Sociedade, Estado e Direito a Saúde. **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros. Educação e Saúde. **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

MARTINS, Luciano, **Escrever com Criatividade**. 3 ed. São Paulo, SP: Contexto, 2004.

MATTA, Gustavo Correia; PONTES, Ana Lucia de Moura. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde**: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, EPSJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para a saúde** . 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_.(Org.). **Pesquisa Social Teoria, Método e Criatividade**. 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_.(Org). **Os Muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. 2 ed. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Educação ambiental**: pesquisa e desafios. Porto Alegre: Artmed, 2005.

OMIZZOLO, Jaqueline Aparecida Erig. **O Princípio da Integralidade na Visita Domiciliar**: Um desafio ao enfermeiro do Programa Saúde da Família. Florianópolis, SC: UFSC, 2006. Dissertação de Mestrado.

PEDROSA, Jose Ivo. A Educação Popular em Saúde Pode ser a Estratégia Teórica e Metodológica para a Transformação do ACS. **Revista RET-SUS**, a. 1, n. 7, abril 2005.

PEIRCE, Charles Sanders. **Semiótica**. São Paulo, SP. Perspectiva, 1994.

PEIXER, Zilma Isabel. **A cidade e seus tempos**: o processo de constituição do espaço urbano em Lages. Lages, SC: UNIPLAC, 2002. Tese de Doutorado.

PEREIRA, Gilson R. de M.; ANDRADE, Maria da Conceição L. (Org.). **O Educador. Pesquisador e a Produção Social do Conhecimento.** Florianópolis, SC: Insular, 2003.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.** 2 ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Educação. **Caderno Pedagógico Aprendendo/Ensinando Paulo Freire.** Rio Grande do Sul: CORAG/Estado do Rio Grande do Sul, 2001.

RODRIGUES, Maria Socorro P.; LEOPARDI Maria Tereza. **O Método de Análise de Conteúdo: Uma Versão Para Enfermeiros.** Fortaleza, CE: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura: 1999.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica.** 32 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

SAITO, Raquel Xavier de Souza (Org). **Saúde da Família: Considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo, SP: Martinari, 2008.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão do SUS. Diretoria de Educação Permanente em Saúde. Escola de Formação em Saúde. **Apostila para a Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde.** Modulo I. São Jose, SC, 2007.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Para um Novo Senso Comum: A Ciência, o Direito e a Política na Transição Paradigmática.** 5 ed. São Paulo, SP: Cortez, 2005.

\_\_\_\_. **A Gramática do Tempo: Para uma Nova Cultura Política.** São Paulo, SP: Cortez, 2006.

\_\_\_\_ (Org.). **Semear outras Soluções: Os caminhos da Biodiversidade e dos Caminhos Riviais.** Rio de Janeiro. RJ: Civilização Brasileira, 2005.

SERES, Michel. **Luzes:** Cinco entrevistas com Bruno Latour/Michel Serres. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Unimarco Editora, 1999.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico:** Diretrizes Para o Trabalho Didático-Científico na Universidade. 5 ed. São Paulo, SP: Moraes, 1980.

SILVA, Cristiane M. C. **Educação em Saúde:** uma reflexão histórica de suas práticas. 2007. Disponível em: [www.revistasaudecoletiva.htm](http://www.revistasaudecoletiva.htm). Acesso em: 07 de novembro de 2008.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde:** o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2002.

SOUZA, Maria Fátima de. **A cor-agem do PSF.** São Paulo, SP: Hucitec, 2001.

\_\_\_\_\_. **Agentes Comunitários de Saúde:** choque de povo. São Paulo, SP: Hucitec, 2001a.

SOUZA, Maria de Lourdes de. & HERR, Lidvina, & REIBNITZ, Kenya Schidt. (Org). **O Prazer de Ensinar e Aprender.** Florianópolis, SC: UFSC, SPB, 1999. Especialização em Metodologia do Ensino Para Profissionalização em Enfermagem. Módulo 1.

\_\_\_\_\_. **As Políticas de Educação e de Saúde e a Enfermagem.** Florianópolis, SC: UFSC, SPB, 1999. Especialização em Metodologia do Ensino Para Profissionalização em Enfermagem. Módulo 2.

\_\_\_\_\_. **Educação, Trabalho e Enfermagem.** Florianópolis, SC: UFSC, SPB, 1999. Especialização em Metodologia do Ensino Para Profissionalização em Enfermagem. Módulo 3.

STOTZ, Eduardo Navaro. **Os Desafios Para o SUS e a Educação Popular:** uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. Disponível em: [www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br). Acesso em 27 de dezembro de 2008.

THOMPSON, Paul. **A Voz do Passado: História Oral**. 3 ed. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2002.

TRENTINI, Mercedes e PAIN, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem uma Modalidade Convergente Assistencial**. Florianópolis, SC: UFSC, 1999.

VASCONCELOS E. M. (Org). **A Saúde nas Palavras e nos gestos: reflexões da rede popular de saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC; 2001.

\_\_\_\_. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001.

\_\_\_\_. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

\_\_\_\_. **A Medicina e o Pobre**. São Paulo: Paulinas. 1987.

\_\_\_\_. **Educação Popular e Pesquisa Ação como Instrumentos de Reorientação da Prática Médica**. Disponível em: [www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br). Acesso em 27 de dezembro de 2008.

\_\_\_\_. **A espiritualidade na Educação Popular em Saúde**. Disponível em: [www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br). Acesso em 27 de dezembro de 2008.

\_\_\_\_. **A Construção Conjunta do Tratamento Necessário**. Disponível em: [www.redepopsaude.com.br](http://www.redepopsaude.com.br). Acesso em 27 de dezembro de 2008.

\_\_\_\_. **Educação Popular e Saúde Relatos de um encontro em Santa Catarina**. Florianópolis, SC: Nepeps/Mover, 1998. Anais: I Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde.

VEIGA, José Eli da. **Desenvolvimento Sustentável: o Desafio do Século XXI**. Rio de Janeiro, RJ: Garamand, 2005.

VERDI, Maria. (Org). **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde: Textos Fundamentais**. Florianópolis, SC: UFSC, 2005.

WALDOW, Vera Regina. **Estratégias de Ensino na Enfermagem: Enfoque no Cuidado e no Pensamento Crítico**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

## TRAJETÓRIA DE VIDA

Cresci em uma família de origem italiana, muito religiosa, com a figura dos pais muito fortes e respeitados. Meu pai, filho de donos de moinho, minha mãe, filha de madeireiros no Rio Grande do Sul. Quando se casaram, como dote, minha mãe ganhou uma serraria em Santa Catarina, montada e com os agregados, para começar a vida. Vieram os dois, sem conhecer o estado e ninguém. Meu avô nunca perdia de vista o andar dessa trajetória. Foram grandes parceiros no desbravar das terras e corte de araucária. Meu pai saía ainda noite para o “mato” e em horário marcado, minha mãe ia ao encontro dele com o caminhão para ser carregado com toras e voltava para a serraria para a madeira ser beneficiada, da mesma forma quando iam para o porto de Itajaí para ser embarcada a madeira para exportação, cada um trabalhava com um caminhão.

As terras nessa época em que o extrativismo era desenfreado, não tinham valor, apenas as araucárias eram adquiridas, a terra não era calculada na negociação, alguns com maior poder de negociação, compravam somente os pinheirais, outros, junto com os pinheirais as terras. Isso resultou em muita terra em poder de poucos, fato que gera atualmente os conflitos agrários, haja vista os movimentos das populações sem acesso a essas mesmas terras. Hoje, na grande maioria, as terras são mal exploradas, o que leva a população a reivindicar a sua redistribuição para que tenham condições de nelas se instalarem e produzirem o sustento de suas famílias, saindo da marginalidade, procurando resgatar a sua condição de trabalho, sustento, moradia, saúde, lazer e qualidade de vida.

Os filhos foram vindo e, depois de seis gestações, esta, a sétima, seria especial. No início da mesma, minha avó que já havia partido revelaria em sonho a minha mãe que se “preparasse, pois o fruto desta gestação seriam dois bebês.” A partir daí, mesmo contrariando o que os médicos falavam, minha mãe, como boa filha, seguiu as instruções.

No dia 18 de maio de 1965, às 06h15min, nascia Márcio Pedro Tagliari, um menino grande (4.200 kg), moreno e apático, às 06h30min nascia Magali Maria Tagliari, uma menina pequena (1.200 kg), clara e ativa. Até meus seis meses de vida, tive as mais diversas pessoas amáveis me cuidando, inclusive no berçário, do hospital de Curitiba, local de meu nascimento, pois minha mãe e meu irmão Márcio, viajavam em busca de solução para o problema de saúde do mesmo, que era resultado de complicações e sequelas do parto. No dia 06 de dezembro do mesmo ano, o Márcio partiu, sua missão que era a de me acompanhar, abrindo caminho, já estava naquele momento completa. Sou desde a concepção privilegiada, uma gestação acompanhada, um parto, em que para minha proteção, meu irmão nasceu primeiro.

Os seis primeiros meses de vida de uma criança são de suma importância para seu desenvolvimento. A distância da família que a saúde do Márcio me impôs, trouxe-me um ensinamento de vida aprendido muito cedo: não podemos e não devemos viver sozinhos. A companhia de pessoas é de extrema importância para crescer. Como um polvo de muitos tentáculos, tenho sempre a meu lado muitas pessoas e procuro ajudar a todos para que sigam em frente comigo. Luto muito por meus objetivos, olho sempre para os que não tiveram a mesma oportunidade de vida. Sou eternamente agradecida a Deus por me proporcionar o privilégio de ter um irmão protetor ausente sempre presente. Minha mãe sofreu muito a perda de meu irmão e até hoje guarda exames, matéria de jornal e roupas de seu filho muito especial e amado, dizendo-me quando tenho uma decisão importante para tomar que fique tranquila, pois o Márcio me ajudará.

O ciclo da madeira entrou em decadência, o extrativismo desenfreado, sem um plano de auto-sustentação, fez com que as araucárias fossem sendo extintas. Surgiu a necessidade de ir em busca de uma nova atividade econômica. Para meus pais, o plantio de soja surgiu como alternativa a esse processo. Mesmo sem conhecer bem o funcionamento dessa atividade, meu pai, com a ajuda de amigos, iniciou a lavoura. Diferente da madeira, que não sofria com as intempéries do tempo, a lavoura sentia a seca, muita chuva, granizo, ventania. Os agrotóxicos provocavam intoxicação, meu pai carregou o peso de problemas respiratórios até sua partida, resultado de mau uso de herbicidas e fungicidas.

Qualquer fator que muitas vezes não era controlado pelo homem fazia com que a safra não fosse produtiva e os investimentos aplicados resultassem em um grande prejuízo financeiro. O despreparo de meu pai como agricultor, resultou em uma crise financeira, justamente quando de seus oito filhos, quatro estavam na faculdade. Minha mãe começou então a “costurar para fora” para ajudar a manter seus filhos estudando. Foi aí, que com 14 anos, comecei a trabalhar como balconista em uma loja de confecção infantil durante o dia e estudar à noite. Também precisava ajudar e mais uma

vez aprender com as situações da vida o quanto é importante a família, o trabalho, a dignidade, a responsabilidade, a humildade e ter muitos amigos. Mais tarde, quando eu estava na faculdade, meus irmãos me ajudaram com as despesas, afinal, isso é família.

Hoje todos somos formados, casados, com filhos alguns já formados. Meu pai partiu em novembro próximo passado, minha mãe, aos 76 anos, com uma seqüela significativa de um acidente vascular cerebral hemorrágico faz a faculdade da terceira idade há 5 anos. Apesar de numerosa, nossa família é bastante unida, o respeito mútuo, tão propagado por nossa mãe existe, e quando a coisa aperta, defendemo-nos como podemos.

Em 1983 passei no vestibular na cidade de Itajaí-SC, Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia do Vale do Itajaí, FEPEVI, hoje UNIVALI. Conheci Almir Graf nesse mesmo ano, casamos em 06 de julho de 1985, na cidade de Curitiba. Fomos morar em Cabeçudas, um bairro de Itajaí. Continuei minha faculdade e no estágio de administração, optei por realizá-lo no Hospital Dona Helena, na cidade de Joinville. Nesse período engravidei, no dia de minha formatura estava de três meses, e sem a perspectiva de trabalhar. Na concepção de nossas famílias, quando se tem um filho é para cuidar, meu marido ganhava bem e eu me acomodei nessa condição.

Quando o nosso filho Paulo Oscar Tagliari Graf fez 6 anos, tive que me submeter a uma cirurgia. No período de recuperação, eu e o Almir resolvemos que íamos tentar nosso próprio negócio. Com o auxílio de seu tio e patrão, montamos em Curitiba uma loja de confecção e tecidos. Os amigos, sabendo que eu tinha cursado a faculdade de enfermagem, convidaram-me para trabalhar no hospital da cidade, não aceitei alegando que tínhamos vindo a Curitiba para juntos ter nossa loja e crescer. Fui convidada para ministrar aulas no curso de auxiliar de enfermagem em uma escola particular do município, essa proposta aceitei. Durante o dia trabalhava na loja e à noite dava aula. A loja, após dois anos, devido à crise na agricultura do município, começou a não ter o lucro esperado. Optamos por fechar. Chegou a hora de com meu diploma em punho ir à luta, agora como enfermeira.

Trabalhei na Secretaria Municipal de Saúde e Hospital. Enquanto eu trabalhava em Curitiba, meu marido foi para Florianópolis e trabalhou lá durante oito meses e depois veio transferido para Lages. Há 5 anos ele estava aqui, quando recebi, pela segunda vez a proposta para vir. Aceitei. Fazia 2 meses que estava em Lages, trabalhando na Secretaria Municipal de Saúde quando conheci a enfermeira Jaqueline, que estava realizando uma pesquisa para sua dissertação do mestrado. Recebi o convite de participar como sujeito da pesquisa, aceitei. Nesse mesmo semestre fui convidada para substituir uma professora na disciplina de administração hospitalar, área na qual sou especialista. Aceitei sem titubear, fazer pesquisa e estar no meio acadêmico era algo que muito me instigava.

Hoje trabalho como enfermeira na saúde pública, sou docente na faculdade de enfermagem, faço parte de um projeto de extensão, e realizo pesquisa. Meu filho passou para Oceanografia na UNIVALI e vai cursar o que ele escolheu. Meu marido e eu ficaremos novamente sozinhos agora como recém-casados. Quando ficamos afastados fisicamente, brincávamos dizendo que tínhamos voltado a ser namorados, sempre estivemos muito unidos com respeito, amor e apoio mútuo.

Paro minhas reflexões para relatar minha trajetória educacional e profissional.

Aos seis anos, meu irmão, dois anos mais velho que eu, tinha dificuldade na escola e foi para aula particular. Para não ir sozinho, ia junto e acabei alfabetizada. Sempre estudei em escolas públicas. Aos 17 anos ingressei na universidade para cursar enfermagem, tinha escolhido essa profissão sem nem saber muito bem o que era, mas determinada a cursar. Em 03 de julho de 1987 concluí o terceiro grau.

Em 1999, meu marido estava trabalhando em Florianópolis e surgiu uma pós-graduação em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, concluí em 31 de outubro de 2000.

Em 23 de junho de 2002, realizei um curso de Extensão em Auditoria Técnica de Contas Hospitalares, com a carga horária de 180 horas, pelo Centro Educacional São Camilo-Rio Grande do Sul.

No ano de 2002, em Florianópolis, comecei a cursar a pós em Auditoria de Enfermagem, pela Universidade da Região de Joinville-UNIVILLE, em convênio com o Instituto Superior de Educação e Pós-graduação-ISIPEC.

Em Abril de 2006, iniciei o Programa de Formação Pedagógica para Professores do Ensino Superior, na Universidade do Planalto Catarinense-UNIPLAC, em fase de conclusão.

Em 01 de fevereiro de 1998 iniciei minhas funções técnicas junto à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba, como enfermeira daquele município. Desempenhei a função de responsável pela Vigilância epidemiológica, programa de DST/HIV, tuberculose e Hanseníase. Nesse período tive o privilégio de trabalhar com a Sra. Maria Aparecida Ortiz, secretária Municipal de Saúde e filha do Dr. Hélio Ortiz que já havia sido Secretário Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina. A Cida foi mais um ser iluminado que meu protetor ausente, sempre presente, pôs em meu caminho, pois ela me proporcionou a oportunidade de me atualizar, visto que há muito eu tinha me formado e nunca exercera minha profissão. Fiz todos os cursos que surgiram e tive também a oportunidade de junto com uma equipe, realizar os projetos necessários a uma Secretaria de Saúde. Nesse mesmo período foi implantado na Saúde Pública do município o serviço de acupuntura e homeopatia, eram atendidos todos os munícipes que após triagem, fossem indicados para essa terapia. Implantamos também o serviço de odontologia na puericultura, as consultas de enfermagem e médica eram intercaladas pelo atendimento odontológico. O Programa de Agentes Comunitário de Saúde foi implantado no início com duas equipes, depois mais uma e posteriormente transformou-se em Programa da Saúde da Família. O envolvimento com a comunidade e equipe era muito forte. Nesse período descobri o que era ser enfermeira e o quanto essa profissão me causava satisfação.

Houve troca de Secretário de Saúde e a equipe de trabalho se desestruturou. Fui convidada então, pelo Dr. Hélio Ortiz Jr., para trabalhar no Hospital Helio Ortiz, da cidade de Curitiba, no Centro cirúrgico, em fevereiro de 2001. Mais um desafio, estava eu novamente, trabalhando em um setor do qual não possuía domínio, mas me oferecia oportunidades de crescer profissionalmente e no qual recebia o apoio de novos anjos da guarda para enfrentá-lo sem medo. Com muita humildade fui resgatando as técnicas esquecidas. A liderança é uma coisa nata, o que me favorece muito. No mês de novembro de 2001, fui chamada pelo Diretor Técnico e Clínico da instituição e recebi o convite para assumir a gerência de enfermagem, mais um desafio aceito. A instituição estava em processo de adequação para conquistar o título de Hospital Amigo da Criança, as ações foram intensificadas até a conquista do título.

O próximo passo seria a Acreditação Hospitalar para infecção, mais esse título foi conquistado. Passos certos, em momentos certos, assim foi a trajetória que trilhei naquela importante instituição.

O hospital me proporcionou a oportunidade de atualização e crescimento. Quando em 2004 recebi novo convite para trabalhar na Secretaria de Saúde do município de Lages, deixei naquele hospital muitos amigos, aos quais respeito e por eles sou respeitada. Nossa trajetória foi de evolução e crescimento. Não serei esquecida e nem jamais esquecerei esse valioso aprendizado.

Em maio de 2004 venho com meu filho unir novamente a família e trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde de Lages-SC, desempenhando a função de enfermeira do Programa de Saúde da Família, no bairro Centenário. Começa uma nova fase.

A Unidade Básica de Saúde tem 02 equipes, o quadro funcional é composto por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, auxiliar e enfermagem e agentes comunitários de saúde. A população de abrangência é de aproximadamente 2064 famílias, com uma realidade bastante desfavorável, as terras são invadidas, as condições de saneamento praticamente inexistentes e a forma de sustento é em grande parte resultado de trabalho como autônomo na reciclagem, o número de usuários de algum tipo de droga lícita ou não, é muito significativo.

Eis o desafio, desencadear ações de saúde coletivas que dessem conta da promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, reorientando o modelo assistencial, numa perspectiva de ação integral, a todos os membros da família, compreendendo o processo saúde-doença, para observar o sujeito da atenção como inserido em um contexto social, com diferentes modos de organização, de reação, muito particulares.

Por vezes parecia que o meio em que eu me encontrava, era tão frágil e tão carente, outras vezes tão cruel e amargo. Como agir sem ferir? O desafio está lançado.

Uma inquietação que não cessava era o número muito reduzido de exames preventivos de colo de útero e mama, o que estava levando ou não as mulheres a procurar esse serviço? Surge aí a minha primeira pesquisa. Em parceria com a UNIPLAC, que forneceu duas acadêmicas, lancei o Mutirão do preventivo. Para conquistar as clientes realizou-se a sensibilização dos ACS, tirando suas dúvidas e dando segurança para ter maior poder de persuasão. Visitei grupos de terceira idade para

iniciar com essas mulheres a divulgação do projeto. Marcava horário, e cada mulher que era atendida com a consulta de enfermagem e coleta de exame, preenchia todos os formulários da pesquisa e se comprometia a mandar uma colega para realizar a coleta. Em 23 dias de Mutirão, realizamos 319 exames, a média mensal era de 13 exames. O resultado da pesquisa foi apresentado na amostra científica em 2005 na UNIPLAC.

A inquietação não parou, o município de Lages tem hoje uma cobertura em relação ao citopatológico oncológico de 15,9%, a meta preconizada pelo Ministério da Saúde é de 27%. O que está interferindo nessa realidade? Surgiu a proposta de sensibilizar as enfermeiras do PSF, sobre suas coberturas, como estava sendo desenvolvida sua ação, o que cada uma sugeria para atingir a meta. O resultado é que em 2 meses, o número de coletas aumentou significativamente e foi apresentado na amostra científica da UNIPLAC em 2006

Na caminhada, deparei-me com um grande número de gestantes, inclusive adolescentes, que iam e vinham várias vezes do hospital durante o trabalho de parto, por ansiedade ou desconhecimento da condição. Em parceria com a UNIPLAC, implantamos um projeto de extensão com o tema: Acompanhamento domiciliar da gestante de baixo risco frente ao trabalho de parto, em um determinado bairro de Lages. Esse projeto tem por objetivo acompanhar em nível domiciliar as gestantes de baixo risco para prevenção da internação hospitalar precoce; propiciar à gestante e sua família uma participação efetiva durante o trabalho de parto; estimular a gestante e sua família a exercer o papel de protagonistas do processo; promover a atenção humanística à gestante durante o trabalho de parto. Educar, em todos os momentos e lugares possíveis, dá-nos a perspectiva de superar as dificuldades que hoje são impostas pelo meio.

Outra questão inquietante é o que faz com que as mães não levem seus filhos para vacinar. A vacina está disponível e é gratuita. Na segunda etapa da campanha de 2005, apostei no envolvimento da comunidade para o sucesso do evento. Tinha que enfeitar a UBS. Como o maior meio de renda da comunidade é o reciclado, fui em busca de parceria com a população para fornecer seus reciclados para o dia da campanha e solicitar que os carroceiros disponibilizassem seu tempo para um passeio com as crianças nesse dia. Busquei também a parceria com o SESC, para a produção com as crianças de seu programa de um painel de arte ingênua para decorar a sala de vacina. Conversando com a equipe de SESC sobre a condição de vida dos recicladores, surgiu a proposta de unir nossos esforços para atuar com esses profissionais autônomos, através de educação social e ambiental, no meio ao qual eles estão inseridos.

Surge então o Mestrado em Educação, e é exatamente com os catadores de reciclado que pretendo desenvolver minha pesquisa, na linha II, pois são uma categoria excluída de seu direito à saúde na forma integral, com poucas perspectivas de moradia, educação, alimentação, lazer, qualidade de vida.

Existe um programa Amigo do Carroceiro, que atende ao animal, mas o condutor e sua família não recebem educação em questões básicas como uso de EPI's, vacinação, cuidados com perfuro cortantes, higiene. Suas famílias vendem o material coletado e nem sabem o que poderiam fazer com ele. Os filhos, também marginalizados, privam-se de serem crianças e de viver sua infância de forma salutar. São trabalhadores informais que dependem de seu desempenho diário para ter algum dinheiro e muitas vezes o intermediário é quem tem o lucro. Trabalhadores carentes de educação, apoio e dignidade.

Na enfermagem a educação faz parte de seu cotidiano, haja vista que os costumes, hábitos de vida, conhecimento, influenciam no todo do cliente. Muitas vezes faz-se necessária uma adequação dessa condição de vida para que a saúde seja mantida, preservada ou recuperada. Não é possível pensar em saúde comunitária sem conciliar a educação. Mais um desafio a ser vencido, que certamente contará com a ajuda de anjos da guarda que sempre aparecem em minha trajetória e de meu protetor ausente, sempre presente. Vou conseguir.

**ANEXO II**



## UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidada (o) a participar em uma pesquisa de Pós-Graduação Mestrado em Educação. O documento abaixo contém informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua participação neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Nesse trabalho considerar-se-ão as narrativas, as histórias de vida e também acervos iconográficos e a cultura material como um todo na análise da pesquisa. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida, pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigada pela atenção, compreensão e apoio.

---

Eu, \_\_\_\_\_ residente e domiciliado \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade, \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa REFLETINDO A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: SIGNIFICADOS E SENTIDOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente de que:

1. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar Magali Maria Tagliari Graf, responsável pela pesquisa no telefone 32234929, ou no endereço: Av. Rui Zapelini, nº 632 apt. 502, Coral, Lages/SC, email mgrafgraf@yahoo.com.br

2. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não me causará nenhum prejuízo.

3. Durante a pesquisa autorizo a gravação das entrevistas, bem como o uso de imagens em caso de divulgação em publicações científicas;

Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa, com a autora deste estudo.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)