



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

FRANCIKELY DA CUNHA BANDEIRA

**A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: NOS PASSOS DOS ACS DE MARI-PB**

**JOÃO PESSOA
2017**

FRANCIKELY DA CUNHA BANDEIRA

**A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: NOS PASSOS DOS ACS DE MARI-PB**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba, na linha de Educação Popular, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação, sob orientação do Profº. Dr. Luiz Gonzaga Gonçalves no período 2017.1

**JOÃO PESSOA
2017**

B214d Bandeira, Francikely da Cunha.

 A dimensão educativa do trabalho dos agentes comunitários de saúde: nos passos dos ACS de Mari -PB / Francikely da Cunha Bandeira.- João Pessoa, 2017.

 134 f. : il.-

 Orientador: Profº. Drº. Luiz Gonzaga Gonçalves.

 Dissertação (Mestrado) – UFPB/CE

 1. Educação. 2. Agente Comunitário de Saúde.
 3. Educador em Saúde. 4. Serviço – Saúde - ACS. I. Título.

FRANCIKELY DA CUNHA BANDEIRA

**A DIMENSÃO EDUCATIVA DO TRABALHO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: NOS PASSOS DOS ACS DE MARI-PB**

BANCA EXAMINADORA

Profº Dr. Luiz Gonzaga Gonçalves
(Orientador – PPGE UFPB)

Profª Drª. Aline Maria Batista Machado
(Examinadora Interna PPGE UFPB)

Profª Drª. Patrícia Serpa de Souza Batista
(Examinadora externa PPGENF UFPB)

Profª Drª Elisa pereira Gonsalves
(Membro Interno PPGE UFPB)

Profª Drª Claurênia Abreu de Andrade Siqueira
(Membro Externo PROLING UFPB)

JOÃO PESSOA
2017

DEDICATÓRIA

A minha mãe Socorro pelo amor, pelo companheirismo e por não medir esforços para que eu pudesse chegar até aqui.

A minha irmã Fernanda pelo apoio, sempre.

A minha avó materna Noemia (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por me dar oportunidade de trilhar novos caminhos e conhecer pessoas que contribuíram com o alargamento da minha visão de mundo.

A pessoa que mais amo: minha mãe Maria do Socorro que se dedicou sem reservas para possibilitar a execução deste projeto, pelas palavras de ânimo e pelos ensinamentos de vida.

Sem ela, chegar aqui não teria sido possível.

A minha irmã Fernanda que sempre se propôs a ajudar.

Aos meus sobrinhos Laura e Luiz que mesmo sem entender me alimentam com gestos de carinho.

A Naziel, pelo companheirismo, sempre.

Aos professores do PPGE Eduardo Jorge, Afonso Scocuglia, Severino Bezerra, Aline Machado, Pierre Normando e Luiz Gonzaga com os quais tive a oportunidade de compartilhar ricos e agradáveis momentos de aprendizagem. Em especial, agradeço ao meu orientador professor Luiz Gonzaga, pela confiança em mim depositada, pelo apoio e tranquilidade em cada etapa da pesquisa.

Aos colegas da turma 35, com destaque para os companheiros da linha de pesquisa educação popular que, por ocasião da dinâmica do curso, estiveram mais próximos e juntos compartilhamos saberes, desafios e alegrias construindo assim boas relações de amizade. Em especial agradeço a Sidney, Maria Lígia e Jucilene.

Aos membros da banca avaliadora, especialmente as professoras Aline Machado e Patrícia Serpa por se disporem a contribuir com minha formação.

Aos funcionários do PPGE.

Ao CNPQ, pelo apoio financeiro à pesquisa.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Mari que participaram da pesquisa. À secretária de saúde do município de Mari Margareth Martins pela abertura à realização da pesquisa e à coordenadora da atenção básica Laudicéia Gerônimo, que se colocou à nossa disposição.

E a todos que de alguma forma contribuíram com este empreendimento.

Muito obrigada!

Ninguém é tão ignorante que não tenha nada a ensinar.
Ninguém é tão sábio que não tenha algo a aprender.

Blaise Pascal

RESUMO

Neste estudo investigamos e discutimos a dimensão educativa do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, a partir dos ACS do município de Mari – PB. Realizamos um breve percurso histórico buscando as circunstâncias em que a categoria emergiu no cenário nacional e também no âmbito local. Percorremos as diretrizes e leis que orientam os profissionais identificando o que os caracterizam como educadores em saúde e observamos como as práticas dos ACS de Mari respondem a estas diretrizes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, apoiada no viés da etnometodologia. Foram utilizadas como fontes de dados: grupos focais, entrevistas semiestruturadas, pesquisa bibliográfica e documental e diários de atividades de campo. Participaram da entrevista todos os cinquenta e três ACS ativos, onze deles participaram dos grupos focais e cinco deles da escrita dos diários. Para análise de dados recorremos à hermenêutica dialética, conforme sugerida por Minayo (2007). Na análise, buscamos compreender o que é teoricamente previsto para acontecer e o que realmente acontece na relação educação e saúde quanto ao trabalho do grupo em questão. A discussão teórica fundamenta-se na concepção de prática educativa de Freire (2001), como uma forma de educação não-formal (Gohn, 1999; Werthein, 1985; Torres, 1992). Recorremos à concepção de educação popular, em cujo contexto o surgimento do PACS está organicamente ligado. Concluimos que os ACS surgiram no cenário nacional a partir de experiências exitosas de sujeitos de origem popular em diferentes lugares e regiões do país, com relevância no enfrentamento de dificuldades sociais, e nas ações de interesses coletivos. Em 1991, o MS criou o PACS que absorveu os agentes já existentes e ampliou a proposta, com o foco na promoção da saúde. O ACS é caracterizado como educador em saúde, todavia, no campo da prática profissional esta identidade não é suficientemente reconhecida e valorizada. Quanto ao ACS de Mari, verificamos que historicamente a atuação da categoria privilegia mais o acompanhamento e atendimento individual, do que as ações preventivas de interesse coletivo e lutas socialmente mais abrangentes, o que interfere nas reivindicações/lutas da própria categoria. Contudo, este quadro não é irreversível, podendo, a longo prazo, ser mudado mediante esforço conjunto da categoria, dos que a gerenciam e dos usuários do serviço.

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde. Educador em saúde. Serviço

RESUMEN

En este trabajo investigamos y discutimos la dimensión educativa del trabajo de los agentes de la salud comunitaria, desde los ASC del municipio de Mari – PB. Realizamos un breve recorrido histórico buscando las circunstancias en que la categoría surgió en el escenario nacional y también en el ámbito local. Recorrimos las directrices y las leyes que guían a los profesionales, haciendo la identificación de lo que caracteriza como educadores en salud y observamos como las prácticas de los ASC responden a estas directrices. Se trata de una investigación cualitativa y de explotación, apoyada en el sesgo de la etnometodología. Fueron utilizados como fuentes de datos: grupos enfocados, entrevistas semiestructuradas, recogida bibliográfica, documental y diarios para la documentación de las actividades de campo. Participaron de la entrevista todos los cincuenta y tres ASC activos, once de ellos participaron de los grupos focales y cinco de los demás en la escritura de los diarios. Para hacer el análisis de los datos, recurrimos a la hermenéutica dialéctica, como se sugiere MINAYO (2007). En el análisis tratamos de entender lo que realmente sucede en la relación entre educación y salud cuanto al trabajo del grupo en cuestión. La discusión teórica se basa en la concepción de práctica educativa de FREIRE (2001), como una forma de educación no formal (GOHN, 1999; WERTHEIN, 1985; TORRES, 1992). Recurrimos a la concepción de educación popular, cuyo contexto está unido orgánicamente al surgimiento del PASC. Concluimos que los ASC surgieron en el escenario nacional desde experiencias exitosas de sujetos de origen popular y de diferentes regiones y lugares del país, con enfoque en el enfrentamiento de las dificultades sociales, y en las acciones de interés colectivo. En 1991, el MS creó el PASC que absorbió a los agentes ya existentes y amplió la propuesta, con enfoque en la promoción de la salud. El ASC es caracterizado como educador en salud, sin embargo, en el área de la práctica profesional esta identidad no es reconocida ni valorada lo suficiente, cuanto al ASC de Mari, verificamos que históricamente la actuación de la categoría aprecia más el acompañamiento y el atendimento individual, que las acciones de prevención de interés colectivo y luchas socialmente más amplias, lo que interfiere en las reivindicaciones/luchas de la propia categoría. Con todo, este cuadro no es irreversible, se puede, a largo plazo, ser cambiado delante del esfuerzo conjunto de la categoría, de los que comandan y de los usuarios del servicio.

Palabras Clave: Agente de la salud comunitaria. Educadores en salud. Servicios

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACE	Agentes de Combate a Endemias
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
EP	Educação Popular
ES	Educação em Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Equipe Saúde da Família
ENF	Educação não-formal
FNS	Fundação Nacional de Saúde
F. Sesp	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
GF	Grupo focal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MCP	Movimento de Cultura Popular
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NE	Nordeste
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PC	Pastoral da Criança
PPGE	Programa de Pós-graduação em Educação
PIASS	Programa de Interiorização de Ações Saúde e Saneamento
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RH	Recursos Humanos
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de saúde

SUCAM	Superintendência de Campanha de Saúde Pública
SGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UnB	Universidade de Brasília
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Estabelecimentos de Saúde de Mari.....	22
Tabela 1 – Números referentes à Atenção Básica em Mari.....	23
Tabela 2 – Perfil dos ACS de Mari.....	24
Tabela 3 – Perfil dos ACS de Mari: da formação.....	24
Tabela 4 – ACS no Brasil por Unidade Federativa	25
Tabela 5 – Produções sobre ACS nos PPGE das universidades do Nordeste	27
Quadro 2 – Histórico de experiências populares e Programas de Extensão e cobertura no Brasil	67
Quadro 3 – Histórico do PACS em Mari	75

LISTA DE IMAGENS, FOTOS E DOCUMENTO

Imagem 1 – Localização do município de Mari	21
Foto 1 – Primeiros ACS de Mari e equipe	71
Imagem 2 – Cartaz sobre nutrição	103
Imagem 3 – Cartaz sobre vacina.....	103
Foto 2 – Primeiros ACS de Mari	130
Documento 1 – Solicitação de Afastamento.....	134

SUMÁRIO

1. CAMINHOS DA PESQUISA

1.1 – Origem da problemática e objetivos da pesquisa.....	15
1.2 – Local da pesquisa	21
1.3 – Sujeitos participantes	24
1.4 – Números dos ACS no Brasil e produção acadêmica sobre ACS no campo da educação	25
1.5 – Movimento teórico-metodológico.....	28
1.5.1 – Aspectos teóricos: prática educativa e educação não-formal.....	28
1.5.2 – Uma educação popular?	35
1.5.3 – Aspectos metodológicos	40

2. PERCURSOS HISTÓRICOS

2.1 – Contexto sanitário do Brasil no século XX	48
2.2 – Uma genealogia a partir do panorama nacional: origem dos Agentes Comunitários de Saúde?.....	54
2.3 – A implantação do PACS em Mari	70
2.4 – De 1994 a 2016. Vinte e dois anos depois: o que mudou?.....	74

3. OS ACS PELAS DIRETRIZES E LEIS E OS ACS PELOS ACS DE MARI

3.1 – Percorrendo as diretrizes em busca da dimensão educativa	80
3.2 – O ACS como promotor da saúde	90
3.3 – As práticas individuais e coletivas.....	94
3.4 – Indícios de uma individualidade: lacunas de formação, trauma social e organização coletiva	105

Considerações finais	118
Referências	122
Anexos.....	127
Apêndice.....	131

1 – CAMINHOS DA PESQUISA

1.1 – Origem da problemática e objetivos da pesquisa

Não percebiam, porém, que, ao negarem a mim a condição de educador, por ser demasiado político, eram tão políticos quanto eu. Certamente, contudo, numa posição contrária à minha. Neutros é que nem eram nem poderiam ser.
Paulo Freire

Este trabalho foi idealizado no campo da saúde mas os motivos para sua concretização vieram entrelaçados ao campo da educação. Esta dupla origem se explica pela minha¹ formação em pedagogia ocorrida, em parte, paralela ao exercício da profissão.

Estando a condição de pesquisadora atrelada à minha trajetória profissional considero importante apresentar brevemente como se deu sua construção farei pois um breve relato sobre como me tornei Agente Comunitária de Saúde (ACS).

No primeiro semestre de 2004 foram abertas inscrições para o cargo de ACS em Mari. Foram oferecidas oito vagas e exigia-se: ensino fundamental completo, ser maior de 18 anos e residir no local da atuação, por no mínimo dois anos. Movida pela necessidade e vontade de trabalhar e atendendo aos critérios exigidos, realizei minha inscrição na sede da Secretaria Municipal de Saúde. No dia 8 de maio do mesmo ano, o processo seletivo aconteceu presidido por uma equipe da Secretaria Estadual de Saúde em uma escola da rede municipal. Havia mais de cem candidatos para a vaga que concorri. A seleção se deu em três etapas: prova escrita individual, entrevista coletiva e entrevista individual. As etapas aconteceram sequencialmente no mesmo dia de modo que ao final, já saíram de lá os oito novos ACS, entre eles, eu que não fazia a mínima ideia do que seria exigido de mim naquela função.

Alguns dias depois, participei de um curso introdutório que aconteceu na sede da Secretaria Municipal de Saúde e durou uma semana. Foi ministrado pela coordenadora da atenção básica (doravante AB) do município, que era enfermeira, e por um médico infectologista. O conteúdo do curso girou em torno de orientações sobre como preencher as fichas de uso contínuo e como deveríamos nos aproximar das famílias e realizar as visitas domiciliares. Nenhuma menção foi feita ao ACS como educador.

¹Em alguns momentos desse capítulo (1.1) utilizei a primeira pessoa do singular, uma vez que neles apresento alguns aspectos da minha experiência como ACS, como estudante de pedagogia, como foi construída minha condição de pesquisadora e ainda como foi construído o objeto de pesquisa.

Em 04 de junho do mesmo ano comecei a trabalhar. O primeiro dia na unidade foi numa campanha de vacinação. A coordenadora havia orientado que cada um/uma fosse à unidade da qual passaria a fazer parte e se apresentasse como novo/nova ACS e assim foi feito. Era uma manhã de sábado numa campanha de vacinação contra a poliomielite. A equipe na qual me integrei tinha seis agentes, uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de serviços. Fui recepcionada e bem acolhida pela enfermeira e dois agentes que estavam ajudando na campanha. A Unidade Básica de Saúde funcionava numa pequena casa de aluguel (fora da área de cobertura inclusive). No ano seguinte mudamos para um prédio adequado e devidamente situado na área localizado à rua Tereza Sales de Pontes, S/N no bairro José Américo.

Minha área era composta por seis ruas sendo quatro delas mais carentes (uma delas em área de risco por conta de um canal receptor de águas fluviais que passa pela rua)² e duas delas em situação um pouco melhor. O número de famílias com as quais trabalhava girava em torno de cento e cinquenta somando uma média de quinhentas pessoas.

De 2004 a 2007 trabalhei sem vínculo empregatício, período no qual, o município investiu várias vezes na tentativa de efetuar contratos temporários com a categoria que resistiu. Com a lei 11.350/2006 que dispõe sobre o aproveitamento de pessoal Agentes Comunitários de Saúde, a reivindicação pela efetivação da categoria passou a ser nossa bandeira de luta. Após uma sequência de reuniões com a gestão, o resultado veio em setembro de 2007 quando passamos a fazer parte do quadro efetivo de servidores públicos mediante reconhecimento da legitimidade de todos os processos seletivos (foram reunidos documentos comprobatórios dos processos no arquivo da secretaria estadual de saúde, responsável pelas seleções). Somente a partir de então, os ACS passaram a ter alguns direitos trabalhistas reconhecidos tais como: férias remuneradas, licença maternidade e abono familiar. Foi assim que se delineou meu percurso na referida função. Adiante tratarei desta questão destacando as devidas implicações para a atual condição de pesquisadora.

Agora, vamos aos fatos sobre minha formação. Em 2007 ingressei no curso de pedagogia. Embora já atuasse como ACS havia três anos, ainda não tinha sido despertado o interesse em compreender o sentido da minha prática. O fato de ingressar num curso de formação de professores causou certo incômodo no sentido de entender como as duas áreas do conhecimento se relacionavam. Por estar imersa nas duas áreas, senti a necessidade de compreender como a

² Entenda-se por área de risco as partes de um território que oferecem maior possibilidade de ocorrência de situações que colocam a vida das pessoas em risco, tais como barreiras, lixões e áreas de grande escoamento de águas fluviais, por exemplo.

formação em educação poderia contribuir com minha prática no campo da saúde enquanto ACS e vice versa. Considero que dois fatores foram determinantes para o surgimento das inquietações que me moveram nessa busca: os frequentes comentários que me eram dirigidos por usuários e pares (quando perguntavam o que eu estudava) considerando educação e saúde caminhos estranhos e os relatos (também frequentes) dos companheiros e companheiras de turma que atuantes no campo da educação formal descreviam suas experiências nas discussões em sala de aula.

Diferente dessa maioria, eu tinha uma coletânea de experiências do trabalho em saúde e as discussões que remetiam às pessoas, aos contextos escolares, me remetiam ao contexto do trabalho na/com a comunidade por ser este o meu parâmetro. Inicialmente isto causou certo incômodo ao mesmo tempo que colocou os dois campos do conhecimento sob tensão. Aquela situação colocara em xeque minha estreita compreensão de educação cujo referencial central era a Escola. Naquele contexto, surgiram algumas questões de grande importância para minha caminhada: embora estivesse num curso de formação de professores, deveria limitar minha compreensão de educação à instituição escolar? Isto não seria o mesmo que desperdiçar minha experiência? Não me parecia coerente pensar a educação a partir da prática dos outros apenas, percebi que era preciso pensar sobre e a partir da minha prática, afinal não teria ela um viés educativo? Pensei que estar num curso de pedagogia e não lecionar não fazia de mim uma aluna alheia ao que estudava. Foi então que encontrei Paulo Freire e nele um caminho para seguir:

Há perguntas a serem feitas insistentemente por todos nós e que nos fazem ver a impossibilidade de *estudar por estudar*. De *estudar* descomprometidamente como se misteriosamente, de repente, nada tivéssemos que ver com o mundo, um lá fora e distante mundo, alheado de nós e nós dele. Em favor *de que* estudo? Em favor *de quem*? *Contra que* estudo? *Contra quem* estudo? [...] Não sou apenas objeto da *história*, mas seu sujeito igualmente. No mundo da história, da cultura, da política, *constato* não para me *adaptar*, mas para *mudar*. [...] Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra (2011, p. 75)³

A mudança proposta pelo autor passa pela noção de possibilidade⁴ presente em sua obra e mostra o quanto sua pedagogia é comprometida sobretudo com a vida⁵ ao mesmo tempo que nega o fatalismo⁶ tão presente no discurso de quem oprime.

³ Grifos do autor

⁴ De acordo com o dicionário Paulo Freire, “possibilidade” está associada a uma atitude transformadora que o educador necessita ter frente à realidade observada. (2010, p. 324).

⁵ Conforme afirma o professor Ernani Maria Fiori, no prefácio da Pedagogia do Oprimido.

⁶ Uma coisa que corriqueiramente ouço das pessoas com as quais trabalhei são expressões que declaram rendição ao fatalismo: é assim mesmo, a vida é assim, fazer o quê? Pobre nasceu pra sofrer.

Uma expressão que muito me chamou atenção foi: “Aos esfarrapados do mundo[...]” (1987, p. 12) presente nas “Primeiras palavras” da Pedagogia do Oprimido. Nela, o autor anuncia um trabalho de “pés no chão” cuja bandeira de luta é a educação pensada para as classes populares, a partir das próprias classes, sendo portanto gerada na concretude da vida dos sujeitos. Isto me atraiu por me remeter à minha realidade e me fez entender que Paulo Freire não limita sua proposta pedagógica a um sistema de ideias a ser “usado” na escola.

O fato é que conhecer Paulo Freire foi fundamental para o alargamento das reflexões que se encaminhavam.

Tendo pois, encontrado um referencial no campo da educação, fez-se necessário conhecer mais e melhor o perfil do ACS. Embora atuante na função há três anos, confesso que meu conhecimento sobre a identidade profissional era muito limitada. Foi necessário então buscar materiais que pudessem ajudar nesse sentido. Um desses materiais foi o manual do ACS, no qual encontrei o relato de uma ACS que dizia em poucas palavras quem é: “Ser Agente Comunitário de Saúde, é [...] entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança ou de ser burro. Nós vivemos conforme o ambiente. É preciso ver que a saúde não é só coisa de doutor e que favelado tem que cuidar da saúde, sim.” (BRASÍLIA, 2004, p. 35). Outros materiais chamaram atenção pela recorrência da apresentação do ACS como um agente de mudanças⁷ afirmando que ações educativas fazem parte do seu dia a dia objetivando contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

Constatar que o ACS é considerado um agente de mudanças foi de grande importância para a reflexão sobre a identidade profissional do ACS e não parecia possível ser um agente de mudanças indo à comunidade para cumprir uma meta de visitas apenas, era preciso ser agente transformador. Esta perspectiva se mostrara plenamente coerentes com a perspectiva da pedagogia freireana.

Encontrava-me pois, diante de circunstâncias que motivaram a refletir mais sobre minha identidade e prática profissional. Existia uma relação entre o campo de atuação do ACS e a pedagogia crítica de Freire, restava então saber: o ACS é um educador? Eis pois, a questão central da nossa problemática de pesquisa.

Busquei a resposta para esta pergunta lendo os escassos materiais sobre ACS dos quais dispunha, alguns recebidos no ingresso da função ainda quase inexplorados outros poucos recebidos na unidade por ocasião da distribuição feita pelo Ministério da Saúde (MS). Somavam três ou quatro livros, apenas, a partir dos quais comecei a conhecer um pouco sobre o trabalho

⁷ Expressão utilizada para fazer referência aos ACS desde os primeiros materiais produzidos.

do ACS e constatei que tem como base a promoção da saúde em caráter individual e coletivo tendo em vista o paradigma de saúde no qual se baseou a criação do PACS, isto é, os agentes atuam numa perspectiva preventiva, logo, seu trabalho enfoca o viés educativo. Esta “descoberta” me motivou a desenvolver atividades com a comunidade, o que não progrediu⁸.

É preciso reconhecer que está implícito no exposto, a fragilidade da minha formação profissional, pois, mesmo atuando por três anos como ACS, desconhecia as diretrizes que traçavam o perfil do ACS e orientavam sua ação. Isto declara uma lacuna na formação inicial e em serviço e há nisso uma ligação direta com a pergunta-chave por indicar a importância da formação inicial e em serviço para o bom exercício da profissão. Esta discussão será aprofundada em momento apropriado ainda neste estudo (na última parte do capítulo 3).

Foi somente em 2014 que a questão ganhou profundidade quando me submeti à seleção do Mestrado junto ao Programa de Pós-graduação em Educação da UFPB. Considerando que não poderia desperdiçar minha prática como ACS, construí um projeto cuja proposta de pesquisa era investigar a dimensão pedagógica do trabalho desse profissional. As pesquisas feitas para e durante a elaboração do projeto permitiram constatar o que apresentara no título: a dimensão pedagógica do trabalho do ACS.

Tendo obtido êxito no processo seletivo optei por me afastar da função para dedicação exclusiva à pesquisa pois, considerei que não seria possível conciliá-la com o curso. Na expectativa de conseguir afastamento com vencimento fui em busca da legislação para verificar as bases nas quais poderia me apoiar. Recorri à lei 437/1997 que dispõe sobre o regimento jurídico do município e constatei que não seria possível me afastar com vencimento como pretendia pois este tipo de licença somente é possível para os profissionais do magistério conforme previsto na lei 519/2001 nos artigos 45 e 46, onde se lê:

Além das licenças estabelecidas no regime jurídico adotado pelo Município, poderão ser concedidas, ao profissional do magistério, licença, com a respectiva remuneração [...] I – para cursos de especialização, por um prazo de 01(um) ano e 06 (seis) meses; II – para cursos de Mestrado, por um prazo máximo de 03 (três) anos; III – para cursos de Doutorado, por um prazo máximo de 04 (quatro) anos. § 1º A licença de que trata este artigo somente será concedida quando houver relação do curso com a formação do

⁸A primeira ideia foi trabalhar para ajudar as pessoas compreenderem a importância de plantar árvores. A motivação para esta ideia se deu por ocasião da falta de arborização no município. Pretendia começar pela minha área e depois estender à outros espaços a partir do trabalho coletivo com os/as colegas de trabalho. Entusiasmada, desenvolvi, um projeto simples e apresentei ao gestor do município que infelizmente, demonstrou total desinteresse pela ideia. Poucos dias antes eu havia efetuado inscrição para participar do VII Fórum Brasileiro de Educação Ambiental ocorrido em Salvador – BA para o qual apresentei a proposta numa das modalidades de trabalho do evento. Algum tempo depois concluí que não seria possível tocar o projeto sem nenhum apoio e o abandonei.

profissional do magistério ou com a sua área de atuação no Sistema Municipal de Ensino.

Ainda assim, resolvi tentar e no início do mês de março de 2015 apresentei pedido de licença com vencimento. Me preocupei em argumentar sobre a dimensão educativa presente nas práticas dos ACS, para isto, utilizei algumas diretrizes. Afirmei que embora não façam parte do magistério, os ACS são educadores em saúde. Alguns dias depois voltei ao Recursos Humanos (doravante RH) em busca do resultado e recebi a informação que o pedido havia sido indeferido mas, o documento não me foi entregue. A explicação dada foi que o documento estava de posse do advogado que avaliou o caso. Solicitei que o documento fosse localizado pois era de meu interesse e direito recebê-lo e voltei diversas vezes ao RH à procura do documento e sempre recebi como resposta que o documento não havia sido localizado. Assim, por não ter recebido o documento, coloquei no apêndice uma cópia da via que ficou conosco com datação e assinatura de recebimento pelo RH.

Tentei discutir os termos da solicitação mas, a justificativa foi que não havia amparo legal para o pedido. Assim, consciente da impossibilidade de conseguir o afastamento com vencimento e a esta altura (23 de Abril), já tendo iniciado o curso, decidi pelo pedido de afastamento sem vencimento e solicitei afastamento a partir de 01 de Maio de 2015 e poucos dias depois o pedido havia sido deferido.

Esta situação se revelou no mínimo curiosa pois permitiu a materialização do problema de pesquisa. Estava diante de uma situação contrastante pois, embora já houvéssemos identificado o ACS como educador, o tratamento dado à categoria, no referido município, nega esta constatação. Em outras palavras, o ACS é dado a conhecer pelo MS como educador em saúde mas, não é tratado como tal, o que é contraditório, afinal, como é possível que o direito à capacitação/formação em educação não seja considerado importante para uma educadora em saúde? Esta situação impulsionou e fortaleceu o problema de pesquisa.

Ao apoiar a investigação numa perspectiva educativa, pretendemos ampliar o ângulo de visão sobre esses sujeitos remontando às origens e aprofundando o entendimento sobre o sentido das suas práticas. Em outras palavras, pretendemos ultrapassar a percepção do ACS como um trabalhador em saúde, apenas. Acreditamos que este esforço permitirá compreender as convergência e/ou divergências existentes entre o que é teorizado e o que é vivenciado por estes sujeitos em termos de educação em saúde. Acreditamos que será possível perceber até que ponto há correspondência entre o papel que está sendo exercido e o que está previsto.

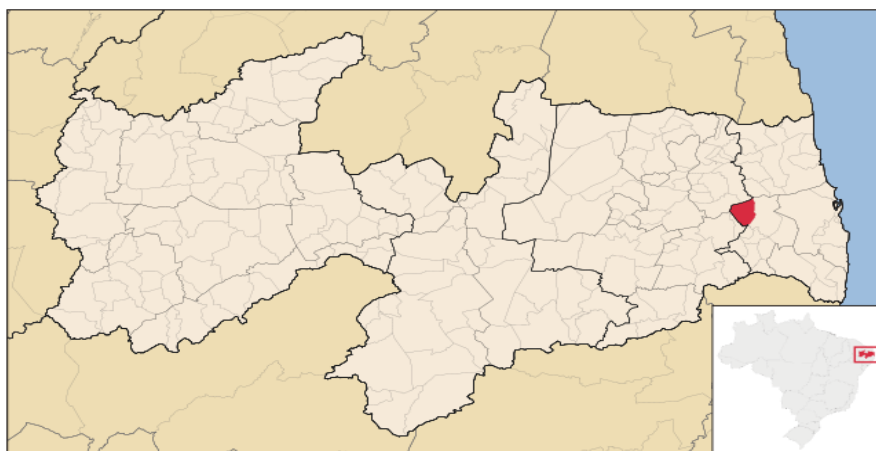
Dessa forma, se constituiu como objetivo principal desse estudo investigar a dimensão educativa do trabalho dos ACS do município de Mari – PB considerando as diretrizes para o Programa. Para alcançar este objetivo foram elencados os seguintes objetivos específicos: inventariar as experiências populares em nível nacional que serviram de base para a origem do PACS; Inventariar os percursos do PACS em Mari; identificar como o viés educativo está previsto nas diretrizes para os ACS e comparar a prática dos ACS de Mari àquelas previstas observando em que pontos estão em concordância ou discordância.

1.2 – Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Mari, onde vivem e atuam os sujeitos. A cidade recebeu esse nome devido à abundância de pés de marizeiro, árvore cujo fruto comestível chama-se mari⁹. Distante 73km da capital e localizada na mesorregião da mata paraibana, Mari ocupa uma área de 154,824 km², cujos limites são: Sapé, Araçagi, Mulungu e Caldas Brandão e tem hoje uma população de 21.755 habitantes.¹⁰ Sua emancipação ocorreu em dezenove de setembro de 1958. Já foi grande produtora de abacaxi nas décadas de 1960 e 1970 sendo referência na exportação da fruta. O fumo também já foi destaque na agricultura local, atualmente a cultura predominante é a mandioca.

Observemos a figura abaixo a fim de identificara localização de Mari no Estado

Figura 1 – Localização do município de Mari – PB



Fonte: google

⁹Diz-se que os frutos do marizeiro são um pouco amargos e comem-se cozidos, sendo utilizados para estes fins especialmente em períodos de seca.

¹⁰ Dados do IBGE - 2010.

De acordo com nota técnica do Ministério da Saúde que apresenta características demográficas e socioeconômicas do município, a densidade demográfica da população é de 137 hab/km², possui 27,38% da população em extrema pobreza e 1,11% possui plano de saúde.¹¹

Mari faz parte da Primeira Gerência Regional de Saúde que compreende um total de setenta e cinco municípios, sua sede fica em João Pessoa. As doze gerências existentes estão distribuídas nas doze regiões geo-administrativas¹² do Estado.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (doravante CNES), o município conta com 24 estabelecimentos de saúde incluindo as unidades da Equipes de Saúde da Família (doravante ESF), conforme se pode observar no quadro que inclui o código de cadastro de cada estabelecimento.

Quadro 1 – Estabelecimentos de Saúde em Mari¹³

Estabelecimento	CNES
Assentamento Zumbi dos Palmares	7454368
Centro de Atenção Psicossocial de Mari CAPS I	5786797
Centro de Reabilitação de Mari	6963005
<i>Centro de Saúde Cônego Cornélio de Farias Belo</i>	2342782
<i>Centro de Saúde de Mari</i>	2342480
Centro Especializado de Atenção a Saúde	6690688
Departamento da Vigilância Sanitária de Mari	5891337
Farmácia Básica de Saúde de Mari	7780877
JC Prótese Dentário	7107501
Laboratório Vilar	7107501
Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Mari NASF I	2357526
Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Mari NASF I	6005446
Polo de Academia da Saúde de Mari	7484933
Posto de Saúde de Alfavaca	2343045
Posto de Saúde de Piripiri	2342766
<i>Posto de Saúde Santa Julia PSF VIII</i>	2757869
<i>Posto de Saúde Silvino Costa PSF VII</i>	2757877
<i>Posto de Saúde Taumatá</i>	2342774
Secretaria Municipal de Saúde de Mari	6425410
Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Mari	2357461

¹¹Dados coletados em 21.12.2016. Disponível em <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmlistaMunic.php>

¹² Entende-se por regiões de saúde os recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Cabe aos gestores municipais em conjunto com a SES/PB identificá-los, respeitando as questões de identidade culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Cada Gerência Regional conta com uma capacidade funcional instalada capaz de articular o processo gerencial das ações técnico-administrativas da Saúde. Há ainda uma divisão de quatro macrorregiões (mata paraibana, agreste paraibano, Borborema e Sertão) paraibano) compostas por um determinado número de municípios que conformam a maior base territorial de planejamento da atenção à saúde, a partir das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, levando-se também em conta a oferta de serviços e as relações intermunicipais. Mari faz parte do Agreste paraibano.

¹³ Os estabelecimentos em destaque são as Unidades Básicas de Saúde ativas.

Unidade Âncora do Assentamento Tiradentes	6979947
<i>Unidade de Saúde da Família Bairro Vermelho</i>	5868866
<i>Unidade de Saúde da Família Francisco Faustino</i>	2343401
<i>Unidade de Saúde da Família Pasto Novo</i>	2343428
<i>Unidade de Saúde da Família Procanor</i>	2342979

Fonte: CNES 2016

De acordo com o Departamento da Atenção Básica¹⁴ do Ministério da Saúde, Mari apresenta 100% de cobertura considerando a estratégia Saúde da Família da qual fazem parte os ACS. A tabela a seguir mostra o atual desenho quantitativo das ESF e dos ACS.

Tabela 1 – Números referentes à Atenção Básica em Mari

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
ESF	11	9	9	96.255,00
ACS	53	44	53	53.742,00

Fonte: Departamento da Atenção Básica 2016

Com base no número limite (teto) de unidades de saúde e ACS é possível observar que o município ainda é capaz de comportar mais duas Unidades Básicas de Saúde (doravante UBS) conforme mostra o quadro. O número de ACS, no entanto, não pode ser acrescido haja vista que o teto foi alcançado.

Das nove equipes, uma delas apenas localiza-se na zona rural, embora, alguns ACS de unidades urbanas também atuem em áreas rurais. Quatro das equipes urbanas localizam-se atuam em áreas predominantemente periféricas, a saber: Bairro Vermelho, Procanor, Francisco Faustino e Pasto Novo enquanto as outras quatro se situam na área mais central da cidade: Cônego Cornélio, Centro de Saúde, Santa Julia e Silvino Costa.

Os ACS atuam sob coordenação das enfermeiras nas respectivas unidades e junto aos demais membros das equipes atuam sob a coordenação municipal da Atenção Básica. Atualmente, os ACS de Mari são remunerados de acordo com o piso salarial nacional de 1.014

¹⁴Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e é caracterizado por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Fazem parte desse nível de atenção as Unidades Básicas de Saúde, as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e as Academias de Saúde. (Informações disponíveis em http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php)

reais, instituído pela lei 12.994 de 17 de julho de 2014¹⁵. A atual bandeira de luta da categoria é pela garantia da insalubridade, implantação do plano de carreiras e aposentadoria especial.

1.3 – Sujeitos participantes da pesquisa

Todos os cinquenta e três ACS do referido município participaram da pesquisa. A proposta inicial era uma amostragem de aproximadamente dez ACS, contudo, no percurso da pesquisa surgiu a necessidade de recorrer ao grande grupo então, assumimos os riscos de entrevistas todos os 53 ACS.

As participações correram de formas distintas (esta questão é explicada nas páginas 41, 42 e 43). De acordo com Minayo (2007) uma amostra considerada ideal para a pesquisa qualitativa é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões.

Apresentamos a seguir, o perfil do referido grupo de 53 ACS nos quadros abaixo identificando algumas principais categorias.

Tabela 2 – Perfil ACS Mari

Sexo	Idade	Forma de Ingresso	Área de atuação
Masculino 26,5%	18 a 33 anos 22,65%	Processo seletivo 77,35%	Zona urbana 71,7%
Feminino 73,5%	34 a 49 anos 62,26%	Concurso público 9,45%	Zona rural 28,3%
-	Mais de 50 anos 15,09%	Contrato temporário 13,20%	-

Fonte: questionários aplicados

Tabela 3 – Perfil ACS Mari: da formação

Escolarização inicial (no ingresso na função)	Escolarização exigida para a função	Escolarização atual	Tiveram participação em atividade comunitária
Ensino fundamental 28,3%	Saber ler e escrever 27%	Ensino fundamental 9,42%	Sim 52,83%

¹⁵ A referida lei também institui as diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às endemias.

Ensino médio 66,4%	Ensino fundamental 46,59%	Ensino médio 77,35	Não 47,16%
Ensino superior incompleto 5,30%	Ensino médio 14, 26%	Ensino superior*	13,20%

* Nesta variável, foram declarados ensino superior completo e incompleto.

Fonte: questionários aplicados

1.4 Números dos ACS no Brasil e produção acadêmica sobre ACS no campo da educação

Consideramos importante registrar o expressivo número desta categoria de agentes públicos em nível nacional, apontando também os números por Unidades Federativas. De acordo com o CNES, até dezembro de 2016, quando atualizamos o levantamento feito, o número de ACS no Brasil era de 286.398¹⁶. Esse número representa um salto quantitativo de 167.438 ACS em relação ao ano 2000 quando havia 118.960.

De acordo com o departamento da Atenção Básica, a atual estimativa de cobertura da população brasileira é de 66,64% quando em 2000 era de 42,76%.¹⁷ Vejamos no quadro abaixo, os números dos ACS distribuídos por unidade federativa.

Tabela 4 – ACS no Brasil por Unidade Federativa

Unidade Federativa	Número de ACS	Número de Agentes Indígenas de Saúde ¹⁸
Acre	1.747	72
Alagoas	6.167	40
Amapá	1.171	22
Amazonas	7.167	787
Bahia	26.509	100
Ceará	15.671	77
Distrito Federal	1.076	-
Espírito Santo	5.507	14
Goiás	8.967	2

¹⁶Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp

¹⁷Dados disponíveis em http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

¹⁸Embora não sejam objeto desta pesquisa, consideramos importante registrar o quantitativo desses sujeitos por serem profissionais com funções análogas às dos ACS mas com algumas especificações. Os AIS devem, de morar no local de atuação (aldeia), conhecer os idiomas para traduzi-los às equipes e comunidades vizinhas além de se ponte entre as diferentes concepções de saúde e doença dos profissionais e dos povos indígenas. Encontra-se ainda junto a estes dados os números de parteiras leigas em cada estado.

Maranhão	16.269	108
Mato Grosso	5.637	192
Mato Grosso do Sul	4.586	186
Minas Gerais	32.305	57
Pará	15.868	112
Paraíba	8.676	41
Paraná	13.807	19
Pernambuco	16.285	165
Piauí	7.530	-
Rio de Janeiro	17.664	10
Rio Grande do Norte	6.137	-
Rio Grande do Sul	11.852	79
Rondônia	3.153	69
Roraima	764	51
Santa Catarina	10.848	12
São Paulo	32.977	28
Sergipe	4.390	-
Tocantins	3.670	22

Fonte: CNES¹⁹

Para chegar aos números apresentado realizamos buscas diferentes, pois, o sistema gera um relatório por vez. Então, buscamos primeiro o número de ACS no Brasil e em seguida os números referentes a cada Unidade Federativa individualmente, todavia, as pesquisas foram realizadas no mesmo dia, a saber, 26 de dezembro de 2016.

É interessante destacar uma discrepância observada em relação aos números apresentados pelo sistema. Ao efetuarmos a soma dos números referentes às unidades federativas observamos que o resultado não é correspondente ao número apresentado no relatório geral, como deveria. De acordo com a soma, a quantidade de ACS no Brasil é 286.922 enquanto que o número geral gerado pelo sistema registra 286.398 ACS, há uma diferença considerável de 524 ACS. Para reduzir a possibilidade de erro, realizamos todo procedimento de busca novamente verificando cuidadosamente os dados e os resultados foram os mesmos.

No que se refere às produções acadêmicas sobre ACS, consideramos importante identificar produções inscritas no campo da educação uma vez que a presente pesquisa dedica-se à

¹⁹ Dados referentes a Novembro de 2016

discussão sobre este profissional numa perspectiva educativa. Neste sentido, realizamos várias buscas que nos permitiram constatar a existência de muitos trabalhos (dissertações). No entanto, verificamos que a grande maioria está concentrada na área da saúde e foi produzida por profissionais da área.

Para identificar os trabalhos produzidos no campo da educação realizamos buscas para identificar trabalhos produzidos em Programa de Pós-graduação em Educação de Universidades Federais do Nordeste. Elegemos a região como prioridade para a busca, por ter sido a região onde o PACS começou a funcionar, primeiro no Estado do Ceará espalhando-se posteriormente pelos demais Estados e regiões do país.

Para realizar o levantamento, efetuamos buscas nas páginas dos Programas de Pós-graduação em Educação das nove Universidades da região utilizando como palavra-chave “Agente Comunitário de Saúde”. Em algumas páginas, a opção de busca por palavra-chave não está disponível e os arquivos estão organizados e disponíveis por ano de produção, nesse caso verificamos ano a ano observando os títulos dos trabalhos.

Intencionávamos situar as buscas entre 2006 e 2016 o que foi possível em sete das nove Universidades, a saber, UFPE, UFPI, UFRN, UFMA, UFBA, UFS e UFC. Na UFAL estavam disponíveis apenas as dissertações de 2006 a 2011 e na UFPB de 2006 a 2009. Observemos o resultado do levantamento na tabela abaixo:

Tabela 5 – Produções sobre ACS nos PPGE das Universidades Federais do Nordeste

INSTITUIÇÃO	Nº DE PRODUÇÕES	ANO
UFPE	0	-
UFPI	0	-
UFRN	0	-
UFMA	0	-
UFBA	0	-
UFS	2	2009, 2011
UFC	1	2011
UFAL	0	-
UFPB	0	-

De acordo com os resultados obtidos²⁰ o número de produções é muito reduzido o que nos permite tratar das pesquisas acadêmicas sobre ACS numa perspectiva unilateral. Reconhecemos

²⁰ Embora tenhamos realizado uma busca cuidadosa reconhecemos há possibilidade de erro presente em qualquer pesquisa, seja qual for sua natureza. Assim, baseamos nossos comentários nos dados obtidos.

que é natural que a maior parte das pesquisas sobre ACS estejam concentradas na área da saúde, pois é nesse campo que estão inscritos e atuam. No entanto, é preciso atentarmos para o fato de que o ACS não é um profissional da saúde no sentido específico da palavra, ou seja, com formação profissional específica, mas revela um perfil genérico que congrega conhecimentos diversos, dos quais, os do campo da saúde não são os únicos importantes, haja vista que o principal objetivo do ACS é a promoção da saúde, em outras palavras, evitar que as pessoas adoçam. Logo, sua principal ferramenta de trabalho não são conhecimentos em saúde, mas conhecimentos genéricos que permitam entender o contexto de vida das pessoas e como se comportar e se relacionar contribuindo assim para que possam compreender saúde como resultado de uma série de fatores e de ações preventivas.

Reconhecendo isto, é possível constatar que os ACS têm sido alvos de pesquisas, mas seu perfil genérico não tem sido suficientemente explorado.

1.5 Movimento teórico-metodológico

1.5.1 – Aspectos teóricos: práticas educativas e educação não formal

Preferimos chamar este momento do percurso da pesquisa de movimento, porque recorreremos a mecanismos investigativos diversos que nos permitam aprimorar a compreensão a cada momento.

Considerando que se busca compreender as práticas educativas desenvolvidas no desempenho laboral dos ACS é fundamental termos uma clara compreensão do que são estas práticas e como se caracterizam. Neste sentido, a reflexão desenvolvida neste trabalho apoia-se na concepção de *práticas educativas* propugnada por Paulo Freire (2001). Antes, contudo, é preciso considerar que sendo a educação um processo complexo e dinâmico, admite-se que existem diferentes tipos de educação, conforme afirma Brandão:

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação. Com uma ou com várias: educação? Educações. (1981, p.3)

É necessário chamar atenção para esta questão com o intuito de acender na memória a ideia de educação como uma prática plural. Vemos isto na adjetivação agregada ao termo: educação familiar, educação infantil, educação de jovens e adultos, educação sanitária e educação religiosa, por exemplo. Estas educações incluem uma diversidade de sujeitos, espaços, conteúdos, métodos etc. e negam o que “A tradição pedagógica insiste ainda hoje em limitar o pedagógico à sala de aula, à relação professor –aluno, educador –educando, ao diálogo singular ou plural entre duas ou várias pessoas. Não seria esta uma forma de cercear, de limitar a ação pedagógica?” (FREIRE, 2001, p. 5). Seguramente a resposta é sim. A própria Escola enquanto instituição histórica afirma isso. Afinal, o que diríamos a respeito dos que não passaram pela instituição escolar?

A isto cumpre acrescentar que contraditoriamente, mas não estranhamente, temos uma tendência quase naturalizada de relacionar educação à Escola como se houvesse uma necessária dependência da primeira em relação à segunda, quando na verdade a primeira independe da segunda embora, também aconteça nela. Pensar a prática educativa somente a partir da instituição, nos leva, além de cometermos um grave equívoco, a legitimar as práticas educativas hegemônicas, sendo, no mínimo, injustos com aqueles que em vários *espaços alternativos* desenvolvem algum tipo de prática pedagógica.

Taveira (1988) comenta que a tradição educativa deve ser revista pois sala de aula e cultura popular têm sido tratados como lugares irreconciliáveis porque a primeira tem reconhecido como caminho educativo pessoas e equipes especializadas que atuam sistematicamente bem como planos e projetos bem elaborados, enquanto que a cultura popular por ser produzida por pessoas não especializadas, tende a ser distanciada dessa ideia. Se nos deixamos levar por esta tradição perderemos de vista a noção do todo, isto é, daquilo que realmente possibilita a educação: a vida e suas relações.

Não se trata contudo de colocar em xeque a instituição escolar nem a educação que nela acontece negando-as. Trata-se de não considerá-la como centro dos processos pedagógicos e reconhecer que práticas educativas que acontecem fora da escola e saberes produzidos fora dela são igualmente importantes para a formação dos sujeitos e da sociedade.

Embora tradicionalmente referenciada à escola, a educação não deixa de ser educação por não acontecer nos limites dessas estruturas, assim como a família não perde seu estatuto fora da casa em que vive, nem os grupos religiosos deixam de sê-los por se reunirem em um galpão, por exemplo.

Sob este prisma, trataremos da educação a partir de uma perspectiva não institucionalizada denominada *educação não formal*, cuja discussão conceitual se baseará em Gohn (1999) compreendendo as práticas educativas dos sujeitos desta pesquisa diferenciando-a da educação formal e informal, o que não as exclui, mas se constitui como prática complementar.

Feita esta breve consideração, voltemos a Freire, a partir de importante trecho no qual discorre sobre práticas educativas, diz o autor:

Me parece que o primeiro aspecto a sublinhar é que a prática educativa é uma dimensão necessária da prática social, como a prática produtiva, cultural, a religiosa, etc. Enquanto prática social a prática educativa, em sua riqueza, em sua complexidade, é fenômeno típico da existência, por isso mesmo fenômeno exclusivamente humano. Daí, também, que a prática educativa seja histórica e tenha historicidade. (2001, p. 34)

O fato de ser uma prática social a faz necessariamente presente na vida das pessoas, seja de uma ou de várias formas, não importando o status social nem o tipo de educação. Mas, afinal, o que caracteriza uma prática educativa? Como se pode afirmar que determinada prática é educativa? Quais os elementos que nos permitem afirmar uma prática como tal? Freire indica o que chama de sinais que caracterizam uma prática como tal, são eles: 1- presença de sujeitos que aprendem e ensinam simultaneamente, isto é, educador e educando; 2 - Objetos de conhecimento que são os conteúdos; 3 - Objetivos que orientam a prática educativa, trata-se da diretividade da educação que exige do educador uma postura política reforçando a impossibilidade de neutralidade; 4 - Métodos, técnicas de ensino, processos e materiais didáticos que estejam em consonância com os objetivos, são os meios utilizados para fazer acontecer o trabalho educativo. A isto podemos acrescentar um quinto elemento: 5 – Fins ou horizontes que se esperam alcançar com as opções postas em ação.

Mediante estes elementos, é possível verificar o estatuto pedagógico de uma prática. Importa destacar que a presença destes elementos, (sujeitos, objetos, objetivos, método, fins a alcançar) permite reconhecer uma determinada prática como educativa mas não a tipifica atribuindo-lhe qualquer caráter, este trabalho cabe a nós. Isto, no entanto, não deve ser confundido em momento algum com uma suposta “neutralidade” do autor. Crer nisto seria um grande equívoco. Ao contrário, a postura freireana é crítica e nega cabalmente a ideologia fatalista que “[...] insiste em convencer-nos de que nada podemos contra a realidade social que, de histórica e cultural, passa a ser ou a virar quase “quase natural”” (FREIRE, 2011, p. 21).

Para dar corpo aos elementos em discussão, é preciso usarmos uma prática como referência, tomemos pois o trabalho dos sujeitos da presente pesquisa, os ACS. Assim, temos como sujeitos os ACS e as pessoas/usuários com os quais trabalham. Como matéria/objeto do conhecimento temos as questões de saúde (predominantemente), como objetivo: a melhora da qualidade de vida das pessoas e o diálogo como método. Como horizonte ou fim a alcançar, temos a formação para a participação política e fortalecimento da cidadania junto aos sujeitos e às comunidades atendidas. Esta constatação nos permite afirmar que os ACS executam práticas educativas.

Considerando que partimos de Freire para caracterização de prática educativa, façamos uma breve pausa para destacar que, no sentido freireano, o conceito de diálogo alcança profundidade ao ultrapassar os limites da relação interpessoal e assumir um sentido político, e mais denso por exigir dos sujeitos clareza no que se refere à realidade em que vivem. Neste sentido, para o autor, diálogo é “[...] encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu.” (FREIRE, 1987, p. 47). Partindo da premissa que “pronunciar o mundo” significa compreendê-lo para então agir sobre ele de forma consciente, não é seguro afirmar que os sujeitos das classes populares em sua totalidade praticam esse diálogo, isto porque, tal pronúncia exige consciência crítica, condição, que pode não ter sido ainda, alcançada pelos sujeitos em questão. Entretanto, também não podemos afirmar que o diálogo praticado pelos ACS esteja destituído do sentido freireano, tendo em vista que falamos de sujeitos que se reconhecem como membros de um mesmo grupo e realidade social, o que nos permite afirmar que as percepções de mundo desses sujeitos tendem a ser muito próximas, e embora muitas vezes não compreendam bem o contexto social que vivem, não se comportam de forma sobreposta, oprimindo uns aos outros.

O “diálogo” como método, faz referência à posturas e práticas que consideram a realidade das pessoas fonte de conhecimento. As relações interpessoais são motores para avançar no conhecimento do outro, mas sobretudo de si mesmo e não somente mecanismos de intervenção. Dessa forma é dialógico e ético porque como afirma Hurtado “O conhecimento sempre é gerado socialmente” (2006, p. 151). Oliveira considera que para que o diálogo aconteça, são necessárias várias motivações, tais como: políticas, existenciais, afetivas, gosto de estar na comunidade, além de um elemento chave: o “convívio” e acrescenta:

Conviver é estar junto, olhar nos olhos, conversar frente-a-frente. [...] requer um envolvimento pessoal, observando, perguntando e conversando. A convivência permitirá perceber o que cotidianamente aflige as pessoas,

repensando o trabalho coletivo e elaborando conjuntamente políticas públicas mais condizentes com a concretude do cotidiano” (2007, p.75)

Nestes termos, o diálogo freireano não é de todo dissonante daquele de que falamos inicialmente e a autenticidade de sua expressão dependerá do compromisso assumido pelo educador. Feito este esclarecimento, voltemos à questão da prática educativa.

Considerando a caracterização exposta, tratemos do ACS como educador em saúde²¹, estamos diante de uma prática educativa promovida nos diversos espaços de atuação desse profissional, a saber, residências, associações e unidades de saúde, por exemplo. São espaços e estruturas programados/das para outras finalidades, isto no entanto, não anula a possibilidade de serem usados para a prática educativa. Isto indica que se trata de uma educação não-formal.

É importante aqui prestar os devidos esclarecimentos sobre essa educação diferenciando-a brevemente, da educação formal e informal com a qual frequentemente é confundida. A fim de apoiar estes esclarecimentos, recorremos a Gohn, segundo a qual,

Usualmente se define a educação não-formal por uma ausência, em comparação ao que há na escola (algo que seria não-intencional, não-planejado, não-estruturado), tomando como único paradigma a educação formal. Concluímos que os dois únicos elementos que têm sido assinalados pelos pesquisadores são relativos à organização e à estrutura do processo de aprendizado. (1999, p.100, 101)

O alerta de Gohn é importante para percebermos que o “uso” da Escola como parâmetro para definir/compreender outro tipo de educação é antes de qualquer coisa, uma maneira de afirmar a institucionalização dos processos educativos e isto dificultará a compreensão do que se pretende. Neste sentido, é importante buscar elementos que possam ajudar na distinção sem centralizar um modelo, conforme indica Gohn quando se refere à organização e estrutura do processo de aprendizado.

Sobre a educação formal, nos parece bastante claro que se define por um sistema institucionalizado e hierarquizado que organiza o processo educativo desde a infância até a vida adulta. Neste sistema cabe ao indivíduo adequar-se a ele obedecendo a seus critérios. Sobre a educação informal Gohn afirma que é “[...] a educação transmitida pelos pais na família, no convívio com amigos, clubes, teatros, leituras de jornais, livros revistas, etc.[...]” (1999, p.99, 100). É pois aquela educação que todo indivíduo “recebe” durante toda a existência por fazer parte da dinâmica vital. No que se refere à educação não formal, diz:

²¹ Esta constatação será apresentada no capítulo 3.

Os espaços onde se desenvolvem ou se exercitam as atividades da educação não-formal são múltiplos, a saber: no bairro-associação, nas organizações que estruturam e coordenam os movimentos sociais, nas igrejas, nos sindicatos e nos partidos políticos, nas Organizações Não-Governamentais, nos espaços culturais e nas próprias escolas, nos espaços interativos dessas com a comunidade educativa etc. (p. 101)

A autora chama atenção para o fato de que nem o tempo, nem o espaço de aprendizagem são fixos, por se tratar de uma modalidade de educação que respeita em grau maior as diferenças e reflete sobre os conteúdos, estas categorias são recriadas constantemente, o que não acontece com a educação informal.

Todavia, para bem distinguir os dois últimos tipos, é importante atentarmos para um elemento não exposto na citação mas que nos ajuda a eliminar possíveis dúvidas, trata-se da intencionalidade da ação. Enquanto que na educação não formal (doravante ENF) se tem claro o que pretende alcançar mediante determinada ação pensada e executada a partir de certo planejamento, que tende a favorecer o alcance do objetivo (isto inclui a criação de condições propícias à isto), na educação informal, as ações ocorrem de forma espontânea durante o vasto processo de socialização ao qual as pessoas estão constantemente expostas no curso da vida, sem planejamento prévio, sem diretividade da ação. Em outras palavras, a ENF é dotada de intencionalidade pedagógica enquanto que a informal não.

As discussões sobre cada um dos tipos de educação são tão ricas quanto amplas e exigem rigorosa tarefa de detalhamento, todavia, sabendo em qual delas se inscrevem as práticas dos sujeitos em questão nesse trabalho, interessa-nos apenas explicitar sua devida distinção em relação às outras e centrarmos nossa atenção naquela que nos interessa como referência da pesquisa. Vejamos, brevemente, como são identificados os educadores, os espaços e as circunstâncias em que acontece a ENF.

Os educadores podem ser agentes diversos, desde sujeitos leigos a sujeitos com formação acadêmica, isto é, permeia os diversos espaços sociais sem se prender a um referencial único de educador. Esta pluralidade nos chama atenção para a riqueza dessa educação bem como para seu caráter democrático (entendendo democracia aqui como projeto de sociedade, como algo que afeta as relações sociais). Ao tratar da ENF de adultos na América Latina, Wertheim destaca a variedade de promotores dessa educação

[...] observa-se uma grande diversidade: sua condição de voluntário ou assalariado, nível de escolaridade [...] Em suas características pessoais são também muito diferentes, segundo pertençam ou não à própria comunidade,

sua liderança, capacidade de relação com a população, grau de compromisso [...] (1985, p. 33)

As ações, podem acontecer tanto nos espaços da dinâmica de vida dos sujeitos ou até mesmo em espaços que fazem parte da hierarquia escolar (podendo ser igrejas, galpões, salões, praças, domicílios, creches, escolas etc.) nesses dois últimos exemplos, os espaços são institucionalizados, mas as ações não.

No caso dos ACS, um promotor da saúde e da ENF, os espaços onde a educação acontece são, em geral são: a própria UBS, salões comunitários, igrejas, feiras livres, escolas e domicílios especialmente (espaços usados para ações coletivas e individuais). Estes espaços são cenários de produção da vida da comunidade e por isto vale lembrar que embora haja planejamento das ações, a possibilidade da ocorrência de situações fora de controle é sempre real. Segundo Gohn, uma das forma de construção da educação não-formal é através da participação social sendo a cidadania seu objetivo principal sendo pensada a partir da coletividade. “Um dos pressupostos básicos da educação não-formal é o de que a aprendizagem se dá por meio da prática social. É a experiência das pessoas em trabalhos coletivos que gera um aprendizado” (GOHN, 1999, p. 103). Neste sentido, o aprendizado se dá pela participação e vivência de situações-problema para as quais “As ações interativas entre os indivíduos são fundamentais para a aquisição de novos saberes, e essas ações ocorrem fundamentalmente no plano da comunicação verbal, oral” (GOHN, 1999, p. 104). Uma importante observação a ser feita sobre a ENF é que ela se manifesta como movimento educativo voltado para as classes populares com intenção transformadora, Freire deixa isto bastante claro com seu comprometimento com projetos voltados para os setores marginalizados assumindo uma postura ética e política necessária à transformação.

No que se refere às circunstâncias em que ocorre, são construídas coletivamente a partir dos contextos e interesses dos indivíduos/grupos, podendo ser palestras, reuniões comunitárias, consultas médicas ou momento de ação social, por exemplo. A atuação do ACS é direcionada e tem suas especificidades. São ações dotadas de intencionalidade por serem desenvolvidas com vistas alcançar objetivos previamente planejados. No início do programa, por exemplo, objetivava-se prioritariamente reduzir os casos de doenças infecciosas e a mortalidade infantil. Contudo, tem-se como objetivo maior contribuir para a capacitação das pessoas para uma melhor qualidade de vida.

Werthein (1985) comenta a abrangência dos objetivos dessa educação considerando que embora seus projetos sejam focados na educação integram objetivos extra educativos em

virtude dos quais há vinculação direta com outros processos sociais fazendo com que sejam adotadas o que o autor chama de “modalidades de educação” dentre as quais cita: conscientização (pretende que os educandos adquiram maior compreensão das relações sociais que vivem), desenvolvimento comunitário (que se efetiva em ações orientadas para satisfação de necessidades básicas como moradia e saúde, por exemplo) e organização popular.

Devido a esta pluralidade de sujeitos, espaços e objetivos, esse tipo de educação precisa ser frequentemente avaliada e ter da mesma forma o trabalho reprogramado e reorganizado, isto porque em geral, o público diverso pode responder de formas diferentes às estratégias de ação além da incidência de rotatividade de pessoas.²²

1.5.2 – Uma educação popular?

Temos falado de uma educação praticada pelos ACS e identificada como uma ENF, uma educação claramente atravessada pelo caráter democrático expresso pela diversidade que lhe é característica. São diversos: os lugares, os sujeitos (educandos e educadores), os métodos, os tempos de aprendizagem e os conteúdos entre outros elementos. Acreditemos estar claro que se trata de uma educação que não se permite conservadora.

Torres (1988) afirma que o “democrático” fundamenta-se no rompimento com as práticas educativas tradicionais autoritárias que se pretendem prontas e com isto rompe com o verticalismo. Numa acepção direta a Paulo Freire, significa romper com a educação bancária na qual o educador se projeta desconsiderando, em certo sentido, os educandos.

Torres nos oferece importantes elementos para esta reflexão quando afirma que a EP é atravessada por alguns elementos que podem ser destacados como “próprios” da EP. Além do democrático, cita o *político-pedagógico* e o *transformador*.

Sabendo que o ACS objetiva contribuir com o processo de participação dos indivíduos na vida social da sua comunidade, identificamos o viés “político-pedagógico” que nos remete à ideia de indissociabilidade entre o ato educativo e político. Aqui reside a afirmação da educação como espaço de participação social onde, de inúmeras maneiras se organizam práticas educativas, considerando-se que existem diferentes maneiras de educar e por isso, deve-se favorecer os processos de aprendizagem considerando a realidade na qual vivem os sujeitos. A

²²Esta referência é específica aos ACS haja vista que em alguns lugares, na área de atuação, há várias casas de aluguel e os moradores mudam com muita frequência, de modo que o ACS realiza a visita e quando retorna no mês seguinte encontra outra/s família/s.

intenção de transformação do comportamento das pessoas a partir da compreensão da sua realidade é um elemento que contraria a tentativa de manutenção de uma ordem, portanto é negadora do conservadorismo. Para Valla, as concepções de educação popular “[...] visam obrigatoriamente uma transformação da sociedade que beneficia os interesses das camadas populares” (2003, p.15). A ideia de transformação aqui presente é aquela que torna possível aos menos favorecidos (econômica, social e culturalmente), o reconhecimento da *produção* da sua condição e a negação da sua *naturalização*. Trata-se de uma transformação que “[...] responda aos interesses e aspirações dos setores populares” (TORRES, 1998, p. 18). Uma prática educativa que não projeta pessoas melhores, relações mais equitativas e uma sociedade mais justa é vazia.

É este o campo da EP? Para responder a esta pergunta é importante fazer um breve percurso histórico para identificar o “ambiente” no qual emergiu a educação que se convencionou chamar de popular.

A década de 1960, mesmo tendo sido carimbada pelo golpe militar como marco histórico, também foi marcada por importantes movimentos e programas de educação popular (EP) como o Movimento de Cultura Popular (MCP) e a experiência de Angicos – RN, realizada por Paulo Freire e seu grupo de trabalho do MCP do Recife. É verdade que o governo militar reprimiu as iniciativas populares mas, ao mesmo tempo, as estimulou, tanto que, a partir da década de 1970 os movimentos populares emergiram como forma de resistência ao governo. Desencadeava-se nesse período uma movimentação dos setores populares em busca de alternativas para melhorar as condições de vida: “[...] no vazio e descaso do Estado com os problemas populares, vão configurando-se iniciativas de busca de solução técnicas construídas com base no diálogo entre o saber popular e o acadêmico”. (VASCONCELOS, 1999, p.27). Os movimentos dos grupos populares ocorreram em vários setores.

Estas buscas coletivas impressas na reunião de grupos da Igreja, intelectuais e profissionais que, recorrendo ao método Paulo Freire, estabeleceram e fortaleceram relações com os grupos populares. A Igreja, junto à qual muitos intelectuais eram ligados diretamente, desempenhou importante papel no desenvolvimento e fortalecimento de movimentos e experiências populares como as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), por exemplo. Esses movimentos incidiram em todos os setores sociais.

No campo da saúde, os serviços médicos privados respondiam à lógica da medicina curativa praticada nos consultórios, hospitais e Previdência social. Em tais espaços, a educação era promovida pontualmente, num âmbito mais individualizado, significa dizer que por muito

tempo, a educação no setor saúde esteve dissociada de uma aproximação ativa junto à população. Estivera, por muito tempo, marcada pela atividade e passividade dos médicos e da população respectivamente, pois baseavam-se na ideia de que os profissionais eram dotados de conhecimentos científicos enquanto que a população, por não deter tais conhecimentos, necessitava que lhe fossem transmitidos.

A título de exemplo, vejamos o que diz Valla: [...] “há um pressuposto nas classes dominantes de que as classes pobres, as classes populares, precisam de uma educação que lhes garanta uma melhor saúde” (2003, p.1177) e se os sujeitos não respondem positivamente ao que foi posto, ou seja, não agem conforme as prescrições, isso significa que lhes faltou comprometimento e esforço. No caso da educação escolarizada, implicaria no fracasso escolar e no caso da educação em saúde, implicaria no fracasso em relação aos cuidados com a própria saúde. Em ambos os casos trata-se da culpabilização dos sujeitos, ideia que ao mesmo tempo que isenta aquele que “educou” distancia os sujeitos da ampliação da compreensão do processo saúde-doença.

Lamentavelmente esta perspectiva ainda é vigente nos dias atuais, e não dificilmente pode-se encontrar pessoas que entendem saúde como ausência de doença. A desconstrução dessa concepção limitada é necessária para que se possa avançar no processo de educação em saúde. Se há entendimento de que saúde é antes de tudo um direito de todos e dever do Estado, os numerosos casos de diarreia em determinada localidade não saneada, por exemplo, não podem ser explicados apenas com argumento de descuido das mães perante seus filhos, mas também e principalmente a ausência do Estado no cumprimento do seu papel. Uma pessoa que acorda às três e meia da manhã para se pôr em frente a um posto de saúde, à espera de uma ficha que só será distribuída às sete horas, e ainda corre o risco de não consegui-la, não pode ser culpada pelo atraso no retorno de uma consulta médica. Trata-se na verdade de uma questão de gerenciamento da organização do sistema de saúde.

De acordo com Vasconcelos “Educação em saúde vem sendo entendida por muitos como uma maneira de fazer as pessoas do povo mudarem alguns comportamentos prejudiciais à saúde. Seria, por exemplo, ensinar a lavar as mãos antes das refeições” (1989, p.20). Trata-se de uma maneira de entender e praticar educação em saúde a partir da imposição que afirma a legitimidade do saber científico sobre o popular. Valla caracteriza a educação em saúde não dialogal como

[...] um movimento, essencialmente, de cima para baixo oriundo das classes dominantes (governantes, médicos, profissionais de saúde) para as classes

populares. Neste movimento estaria implícito a ideia de que as classes populares não teriam um conhecimento próprio e precisavam de uma orientação a partir das classes hegemônicas. (2003, p. 1177)

Não é esse tipo de educação em saúde que se deve praticar à luz da educação popular (doravante EP). Mialhe (2011) reforça essa ideia ao defender que a educação em saúde não deve entendida como espaço para mudança de hábitos e imposição de conceitos e ideias, mas como instrumento de fortalecimento de posturas políticas autônomas. A incorporação de conceitos reflete nitidamente uma educação tradicional, dada através da transmissão de conhecimentos e modos de fazer, de modo que aquele que os detêm (educador) transmite aos que dele carecem (educandos). A “transmissão” está por definição descomprometida com qualquer atitude reflexiva, fazendo-se necessário apenas ser receptivo.

A educação em saúde se deu com base nessa perspectiva até a década de 1970 quando, com as atividades dos movimentos sociais, experiências de aproximação dos profissionais da saúde com grupos populares começaram a surgir, contrariando a maneira como as ações se davam, essa aproximação indicou um rompimento com o modelo até então vigente.

Os grupos populares se fortaleceram e encamparam lutas em favor de uma política de saúde que garantisse acesso a todos. Essa bandeira foi erguida e a muito custo resultou na criação do SUS na década de 1980. No entanto, frente aos altos custos da atenção à saúde da medicina curativa, o Estado foi levado a encontrar um modelo de atenção que fosse menos oneroso. Recorreu-se então à medicina comunitária que utilizava meios mais simplificados de atenção à saúde e incluía a participação da população e valorização de ações preventivas e coletivas, ao invés de ações individualizadas.

A reorganização da estrutura do setor saúde dentro da perspectiva comunitária favoreceu a mudança na dinâmica da relação entre os profissionais da saúde e a população que, paulatinamente, se aproximou por ocasião da instalação dos postos de saúde em vários cantos e recantos do país.

Frente ao quadro de mudanças na estrutura dos serviços de saúde, é possível observar que “educação em saúde” pode assumir diferentes posturas, a depender do contexto do qual se fala, podendo dar-se numa perspectiva mais normativa ou numa perspectiva mais democrática, ou seja, mais aberta e atenta a todos os grupos sociais.

Frente a esta convergência de objetivos, podemos afirmar que quando tratamos dos ACS estamos tratando de sujeitos populares cuja prática se caracteriza como uma EP. O Manual de formação do ACS (2006) contém um texto sobre EP no qual a apresenta como uma perspectiva

de atuar, qualquer que seja o âmbito: “[...] um trabalho de Educação Popular é possível em qualquer espaço desde que se tenha sabedoria para tomar em consideração os limites e possibilidades de cada espaço” (PARAÍBA, p. 121).

Carrillo afirma que “[...] a educação popular não é uma variante ou extensão da democratização da escola, e sim uma concepção emancipadora que busca transformar a ordem social e o próprio sistema educacional” (2013, p. 18).

Estamos pois diante de uma prática educativa desprendida de um modelo e disposta a reconstruir-se de acordo com o contexto em que acontece. Neste sentido, entende-se que a EP é um movimento educativo presente em diversos espaços sociais e como sua intenção é transformadora, seus sujeitos representam categorias sociais e camadas emergentes e desprivilegiadas, como:

[...]camponeses, dirigentes e integrantes de grupos de base, mulheres, indígenas, professores[...] nas experiências ligadas à incidência de políticas públicas ou em projetos de participação local, também de trabalho com atores institucionais, como, por exemplo, tomadores de decisões políticas e funcionários públicos (CARRILLO, 2013, p. 22)

Quando nos referimos a estes sujeitos, precisamos considerar que estamos falando de educandos e educadores. Torres afirma que o caráter popular é posto com mais incidência sobre os educandos enquanto provenientes das classes populares, ao passo que os educadores nem sempre provêm dessas classes, contudo, é possível observar que quando os educadores vêm das classes populares, a prática educativa pode assumir outra configuração, por reconhecerem os saberes dos educandos valiosos à prática educativa. Assim, não se utiliza como parâmetro o conhecimento apenas, mas os saberes de vida. Oliveira (2009) afirma que encontramos nas classes populares além de conhecimento saberes da experiência concreta da diversidade cultural, social etc. Assim, “Por que não aproveitar as experiências que têm os alunos de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder público para discutir, por exemplo[...] os baixos níveis de bem estar das populações” (FREIRE, 2011, p.31-32). Esta questão deve ser pensada em todos os espaços onde quer que a prática educativa aconteça, considerando as questões locais, se assim não ocorrer a educação torna-se bancária e deixa de cumprir seu papel transformador.

Uma das tarefas mais importantes da EP é contribuir para que as pessoas compreendam seus papéis no mundo e principalmente, problematizar o que o estão construindo. Por isto, a ação

desses sujeitos não pode estar voltada para interesses individuais, pois sua força reside justamente nas organizações coletivas

1.5.3 – Aspectos metodológicos

Elaboramos uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório baseada na proposta da etnometodologia. Para desenvolvê-la, utilizamos diferentes fontes, a saber, bibliográfica, documentais, entrevistas, grupos focais²³ e diários. Esta diversidade de fontes surgiu no decorrer da pesquisa para que as informações necessárias pudessem ser coletadas.

Como referência para a caracterização apoiamo-nos no trabalho de Minayo (2007) sobre pesquisa qualitativa em saúde e Coulon (1995) no que se refere à etnometodologia. Minayo afirma que “A fase exploratória de uma investigação é tão importante que ela em si pode ser considerada uma Pesquisa Exploratória” (2007, p. 171). A aderência à etnometodologia justifica-se por se ocupar com atividades práticas do cotidiano com o mesmo cuidado que normalmente se presta aos grandes acontecimentos. Em termos práticos, podemos afirmar que a atenção dispensada aos relatos de experiências cotidianas descritas pelos próprios sujeitos, permite o uso da etnometodologia na pesquisa. Segundo Coulon (1995, p. 29)

A etnometodologia é a pesquisa empírica dos métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar suas ações de todos os dias: comunicar-se, tomar decisões, raciocinar. Para os etnometodólogos, a etnometodologia será, portanto, o estudo dessas atividades cotidianas, quer sejam triviais ou eruditas [...].

Como corrente metodológica da sociologia, disposta a compreender as práticas sociais a partir da sua própria dinâmica, põe à mostra “[...] a realidade enquanto a realização social na sociedade capitalista contemporânea” (COULON, 1995, p. 127), reconhece os elementos ordinários que a constitui e permite analisar as realidades na forma como elas se constroem, rompendo assim com a tendência sociológica tradicional preocupada com a estrutura social em sua forma mais definida e ampliada e por isto, despreocupada com as peculiaridades da trajetória de vida dos indivíduos. Sobre isto, o mesmo autor afirma:

²³ Alguns materiais se referem aos grupos focais como entrevistas.

Contrariamente à sociologia, que procura saber como os indivíduos agem em situações já definidas fora deles e preexistentes a suas interações, a etnometodologia vai tentar compreender como é que os indivíduos veem, descrevem e propõem em conjunto uma definição a situação (1995, p.20)

Destacamos a indicialidade, um dos conceitos-chave da etnometodologia, necessária para avançar na compreensão da vida em suas minúcias. A indicialidade nos permite recorrer ao paradigma indiciário, através de Ginzburg (1989). Trata-se de um modelo epistemológico que dedica-se a interpretação dos indícios como a própria denominação sugere. Tendo emergido no final do século XIX é “[...] centrado sobre os resíduos, sobre os dados marginais, considerados reveladores. Desse modo, pormenores normalmente considerados sem importância, ou até triviais, “baixos”, forneciam a chave para aceder aos produtos mais elevados do espírito humano” (GINZBURG, 1989, p. 149-150).

Os elementos não previstos ou desinteressantes podem ser desvelados mediante a sensibilidade do olho humano às diferenças. Entra aqui o elemento base para as relações sociais que é a linguagem manifestada em suas mais variadas formas: a verbal e a não verbal manifestada através do silêncio, dos gestos, da expressão do olhar etc. Consideremos pois que os ACS lidam o tempo todo com esses mecanismos para ajudar na leitura/compreensão da dinâmica dos espaços e das pessoas, significa dizer que há o que ser compreendido em todas as expressões e elementos que compõem um cenário, e não somente na fala das pessoas, reside aí a importância fundamental da observação dos lugares ocupados pelos sujeitos. Assim, a indicialidade nos ajudará a compreender como os ACS percebem e utilizam os elementos que se lhe apresentam cotidianamente.

Os dados empíricos se constituíram através da participação dos ACS em três momentos distintos, sendo dois através de entrevistas e um através de diário. O primeiro deles se deu através de entrevistas escritas mediante aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas. O segundo através de dois grupos focais, com quatro e sete pessoas e o terceiro através de diários.

Possivelmente, o fato de recorrermos ao uso de três diferentes formas complementares para coletar dados empíricos poderá causar estranhamento pela quantidade de dados obtidos. Reconhecemos os riscos que corremos ao nos propormos a assumi-los como parte da pesquisa bem como o elevado grau de dificuldade pra trabalhar com esses dados. Trata-se na verdade de uma atividade um tanto audaciosa, mesmo assim, assumimos o riscos.

No caso das entrevistas com todos os 53 ACS do município, e do diário, a necessidade surgiu pelo obstáculo com o qual nos deparamos quando tentávamos reconstruir a história do PACS no município de Mari: inexistência de fontes documentadas verificada quando procuramos a Secretaria de Saúde para localizar registros que nos oferecessem informações sobre a implantação do Programa no município bem como seus percursos²⁴. Assim, consideramos que a forma possível para continuar a investigação sobre o início do programa seria entrevistando os ACS. Somaram como pontos positivos a nosso favor o fácil acesso a todo o grupo de ACS do município de Mari, a disponibilidade para participação e a incontestável riqueza de informações que poderiam ser obtidas. Estas entrevistas tiveram como objetivo principal coletar informações que permitissem recontar a implantação do Programa no município.

No que se refere aos diários, há três destaques a serem feitos. Primeiro porque durante o tempo que trabalhamos como ACS, era constante ouvirmos comentários que o trabalho dos ACS é somente andar pelas ruas e que se trata de um trabalho muito fácil, esse tipo de comentário mostrava o quanto a real dinâmica de trabalho desses sujeitos é desconhecida. Segundo, não encontramos esse tipo de registro em nenhum dos trabalhos vistos sobre ACS, o que nos levou a crer que uma vez pesquisando sobre as práticas dos ACS, estava diante de nós a oportunidade de cobrir parte desta lacuna fazendo os devidos registros²⁵ pois, com o passar do tempo, há uma tendência disto se perder na História. Por fim, acreditamos ainda que o diário permite alcançar algumas informações que as entrevistas não conseguem, por serem de algum modo “produzidas” perante observadores. Ao contrário, um registro diário, feito distante de olhos alheios, confere um pouco mais de espontaneidade aos escritores. Conforme afirmaremos nas próximas linhas, nossa familiaridade com os sujeitos eliminou maiores dificuldades nas entrevistas e Grupos Focais, todavia sabe-se que quando estamos a sós, nosso comportamento tende a não ser o mesmo que quando estamos sob os olhos de outras pessoas. Por isto, pedimos a cinco ACS de UBS diferentes que fizessem um diário de suas atividades, de modo que os resultaram no equivalente a uma semana de trabalho e tentam expressar um pouco da dinâmica prioritária no trabalho desses sujeitos a partir deles mesmos.

²⁴ A explicação para este fato está descrito na p. 69 onde falamos da implantação do PACS no município de Mari.

²⁵ Outro elemento otimizador para este registro são as atuais circunstâncias de ameaça de extinção da categoria. Primeiro pela portaria 958 de 11 de maio de 2016 que flexibiliza a contratação de ACS ao permitir aos gestores sua substituição por técnicos de enfermagem (revogada em 09 de junho de 2016) e ainda a transformação do ACS e ACE em um único agente previsto pela revisão da PNAB iniciada no VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica ocorrido de 18 a 20 de outubro de 2016. O texto síntese das discussões do Fórum pode ser visto em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/documentos/noticias/ms_-_sintese_-_vii_forum_ab-1.pdf

Estas justificativas visam mostrar que entendemos e assumimos, como compromisso de quem realiza uma pesquisa, explorar o máximo possível do que está ao alcance, conforme afirma Minayo (2007, p. 344): “O investigador deve buscar, ao máximo, com dados históricos e também pela “empatia” o contexto de seu texto, dos entrevistados e dos documentos que analisa”.

Feitos estes esclarecimentos, sigamos com a descrição sobre as entrevistas. É importante lembrar que, assim como qualquer técnica de coleta de dados, as entrevistas exigem do pesquisador uma aproximação inicial aos sujeitos da pesquisa, através de momento para apresentação pessoal e do trabalho, bem como da/das justificativa/as e do interesse da participação daqueles sujeitos no trabalho. No nosso caso, não houve preocupação com esta etapa de aproximação inicial por conta da familiaridade com os sujeitos. Naturalmente, foi necessária a apresentação da pesquisa, bem como dos seus objetivos e da importância da participação (voluntária) de cada um/uma. Esta situação, no entanto, em momento algum foi tratada com descuido, no sentido de não nos comprometermos eticamente com cada sujeito mas, colocando-nos à inteira disposição de todos/todas.

Os questionários (apêndice) foram respondidos por todos os cinquenta e três ACS atuantes no município e foram compostos por dezessete questões cada. A aplicação ocorreu em momentos distintos. A primeira foi realizada na ocasião de uma reunião de rotina dos ACS com a coordenação municipal, no dia 09 de maio de 2016 no Salão Bom Pastor²⁶, a partir das 15 horas, ocasião em que participaram vinte e seis ACS. A segunda, foi feita em reunião agendada exclusivamente para este fim no dia 20 do mesmo mês e ano no salão paroquial Padre Cristiano²⁷, às 14 horas, desta participaram quatorze ACS. Os ACS que não compareceram à nenhuma destas, foram procurados posteriormente em dias, locais e horários diferentes, tendo sido cinco no dia 31 de maio. No mês de junho foram contatados dois no dia 01, dois no dia 06, um no dia 07 e três no dia 15 fechando assim as entrevistas.

Os grupos focais (doravante GF) foram realizados em dois dias subsequentes no mesmo local (Salão paroquial Padre Cristiano) utilizando, como ponto de partida, o mesmo roteiro. As duas etapas foram registradas através de gravação de áudio, previamente acordadas com os participantes. De acordo com Gatti (2005) os GF vem sendo cada vez mais utilizados nas pesquisas sociais podendo ser caracterizados como técnica derivada de diferentes formas de trabalho com grupos. Destaca ainda que

²⁶ Localizado no Largo da Matriz, centro Mari-PB.

²⁷ Idem

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes [...] A pesquisa com grupos focais, além de ajudar na obtenção de perspectivas diferentes sobre uma mesma questão, permite também a compreensão de ideias compartilhadas por pessoas no dia-a-dia. (2005, p. 11)

O primeiro GF foi realizado no dia 20 de junho com quatro ACS que ingressaram na função por meio de contrato temporário e teve duração de 1h27min. O segundo foi realizado com três ACS que ingressaram por meio de processo seletivo e quatro que ingressaram por meio de concurso público e teve duração de 1h38min.

Os critérios para a escolha dos participantes dos grupos explicam-se pelo interesse em observar possíveis diferenças no perfil dos ACS a partir de cada forma de ingresso, isto porque cada forma de seleção faz diferentes exigências para a ocupação da função. Em observância a estes aspectos a pretensão é observar se há diferenças quanto à forma de compreensão do seu trabalho e atuação entre os componentes de cada forma de ingresso. Observando os critérios apresentados por Gatti, quando fala dos participantes, é possível perceber que a “escolha” feita respeita às necessidades da pesquisa. A autora afirma que

Privilegia-se a seleção dos participantes segundo alguns critérios – conforme o problema de estudo –, desde que eles possuam algumas características em comum que os qualificam para a discussão da questão que será o foco do trabalho interativo e da coleta de material discursivo/expressivo. Os participantes devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo que sua participação possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas. (2005, p.7)

No que se refere aos diários, foram produzidos por cinco ACS escolhidos aleatoriamente (embora tenhamos priorizado a não participação de mais de um ACS de uma mesma UBS) com o intuito de registrar a rotina de trabalho de um ACS em comunidades e circunstâncias diferentes. Os cinco ACS se dispuseram à escrita. Optamos pelo diário porque além de oferecer uma riqueza de dados/elementos, permitem o registro das práticas de forma mais detalhada e espontânea, algo não encontrado em nenhum dos documentos vistos que tratam do trabalho dos ACS, nestes, os registros sobre as atividades são apresentados indiretamente de modo que quem não conhece o trabalho, pode não entender como ele realmente é efetivado. Por isto, acreditamos que os diários ajudarão o leitor a compreender melhor o que realmente acontece

na rotina de trabalho desses sujeitos. A identificação dos participantes da pesquisa bem como dos nomes por eles mencionados foi feita utilizando-se de nomes fictícios.

Antes de tratar da questão da técnica utilizada para análise de dados, consideramos importante destacar um alerta trazido por Minayo ao discutir três grandes obstáculos com os quais os pesquisadores costumam se deparar no momento da análise de dados, embora todos mereçam atenção, um deles traduz com clareza os riscos que corremos e nos coloca em contínuo estado de alerta, trata-se da “ilusão de transparência”²⁸, isto é, a tentativa de realizar uma interpretação espontânea dos dados como se fossem óbvios. Esse risco é iminente para os que têm ou imaginam ter algum tipo de aproximação/familiaridade com os sujeitos. Este cuidado é fundamental para que se possa garantir o rigor da pesquisa.

Para trabalhar com os achados no campo, recorreremos à proposta da hermenêutica dialética apresentada por Minayo (2007). A autora tomou como referência o conceito de Gadamer a partir do qual trata a hermenêutica como arte da interpretação. Considerando que a preocupação da hermenêutica é a compreensão de textos (entendendo texto aqui em sentido amplo incluindo entrevista, documento, narrativa etc.), cabe-nos então questionar: o que é compreender? De acordo com a autora, o compreender é perpassado pelo processo de intersubjetividade de modo que a compreensão é guiada pela consciência histórica, por isto, “Compreender é, em princípio, entendimento e compreender significa entender-se uns com os outros” (MINAYO, 2007, p. 329). Não se deve confundir o “compreender” como um comportamento subjetivo frente ao que se quer conhecer, uma vez que, o sentido da compreensão é sempre resultante de um contexto. “[...] a compreensão não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado: nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas [...] o compreender é sempre mover-se nesse círculo e, portanto, é essencial o constante retorno do todo à parte e vice-versa” (MINAYO, 2007, p.330, 331). A pesquisadora considera ainda que a compreensão “[...] implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões [...]” (2007, p. 337) contudo, não se pode negligenciar as limitações da compreensão uma vez que esta nasce da consciência histórica de quem busca. Significa dizer que nunca conseguiremos alcançar a compreensão do todo, sendo necessário ao pesquisador (a), ter claro que sua pesquisa é limitada e inacabada, por isso provisória.

Assim, o trabalho com os ACS de rememoração de experiências com vistas à recuperação e destaque de fatos, constituem uma tentativa de reconstrução de determinados aspectos de um passado não muito distante para aos poucos reconstituir, por assim dizer, um contexto

²⁸ Expressão atribuída a Bourdieu

específico, que se apresenta ao mesmo tempo: compreensível e questionável. Neste sentido, o exercício hermenêutico se move entre aquilo que pode ser considerado ao mesmo tempo, familiar e estranho, atingível e inatingível, claro e obscuro. É justamente por se dar no movimento das coisas e do pensamento que é um fazer dialético, cuja pretensão é: “[...] desvendar as relações múltiplas e diversificadas das coisas entre si [...] compreender o movimento da unidade dos contrários; trabalhar com a unidade da análise e da síntese numa totalização das partes; co-relacionar as atividades e as relações”. (MINAYO, 2007, p. 340). O movimento dialético buscado se expressa sobretudo pela exploração em torno do binômio educação-saúde buscando compreender as contradições que expressam, isto porque o trabalho do ACS não segue por uma via apenas, mas está o tempo todo encadeando certos tipos de ação, ainda que inconscientemente.

Dessa forma, a articulação que se faz entre hermenêutica e dialética objetiva avançar na compreensão da realidade, seguindo sua dinâmica processual que nunca cessará porque nada está pronto, nós não estamos prontos e justamente por isto, fazemos contínuas projeções, esforçamo-nos para compreender o máximo possível do objeto de estudo. Para isto, é preciso compreender como as relações se constroem e se rompem. Nesse caso, “Poderíamos comparar os fios que compõem esta pesquisa aos fios de um tapete. Chegados a este ponto, vêmo-los a compor-se numa trama densa e homogênea. A coerência do desenho é verificável percorrendo o tapete com os olhos em várias direções” (GINZBURG, 1989, p. 170).

Neste sentido, os fios do nosso tapete são, prioritariamente, a dimensão educativa das diretrizes para os ACS e as experiências cotidianas de alguns dos ACS de Mari. Considerando que tais experiências fazem parte de um conjunto de práticas previstas nas diretrizes, percorreremos ambas observando as semelhanças e dessemelhanças entre o que está previsto nas diretrizes e os dados empíricos coletados, tal como Ginzburg sugere percorrer o tapete com os olhos em várias direções para compreender como se entrelaçam. Este é um dos caminhos da hermenêutica, caberá a nós ainda, explorar definições que o texto permite captar, importa lembrar, conforme já dito, que texto aqui tem sentido amplo, significando, nesse caso, as diretrizes e as falas dos ACS (oriundas das entrevistas, GF e diários). Importa buscar entender os textos sem subordiná-los ao saber técnico. Assim, uma análise ancorada na hermenêutica dialética “[...] busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório” (MINAYO, 2007, p. 347). Queremos ressaltar que uma das potencialidades dos GF apontada por Gatti (2005) vai ao encontro do que se pretende a partir

da hermenêutica dialética, a saber, identificar as possibilidades de entender melhor as diferenças ou proximidades entre os que as pessoas falam e o que de fato fazem.

2 PERCURSOS HISTÓRICOS

2.1– O contexto sanitário do Brasil no século XX

O desenvolvimento do país no início do século XX foi ameaçado pela presença de diversas doenças ocasionadas pela falta de saneamento e condições de extrema pobreza. Ponte afirma que por herdar um passado escravista e colonial, o Brasil “[...] se via frente ao desafio de promover medidas capazes de alterar suas condições de saúde e de acabar com as epidemias, tendo em vista defender a vida de seus habitantes e a economia do país” (2010, p. 48). Era urgente para a recente república implementar projetos sanitários. “[...] recém-saído da economia escravista e inscrito formalmente na ordem republicana, o Brasil se via às voltas com o problema de integrar na cidadania um imenso contingente populacional sem acesso aos meios produtivos e abandonado pelo Estado”. (PONTE, 2010, p. 75). Este quadro fez com que as três primeiras décadas do século XX fossem marcadas por discussões em torno do projeto que guiaria a nação. No entanto, o cenário sanitário no qual o Brasil se encontrava comprometia a imagem do país, por projetá-lo negativamente como lugar insalubre, uma imagem ruim, principalmente para o setor econômico que dependia quase que exclusivamente da exportação. Ponte afirma que “No alvorecer do século XX, três grandes flagelos assolavam as principais cidades brasileiras: a varíola, a febre amarela e a peste bubônica. Embora não fossem as únicas doenças que vitimavam a população” (2010 p. 59).

Certamente os problemas dessa ordem já era motivo de preocupação e ocupavam lugar nas discussões dos governantes e intelectuais, no entanto, “[...] é na década de 1910 que os problemas de saúde pública passam a ocupar um lugar central na agenda política do país” (LIMA E HOLCHMAM, 1996, p. 8), pois, desafiavam os governantes e se constituíam um obstáculo para a projeção do país.

Nesse cenário, o sanitarismo cumpriu o importante papel ao (re)descobrir o país através do desbravamento dos interiores, lugares onde vivia/sobrevivia um contingente populacional desprovido de atenção dada por parte do Estado, nos quais era evidente a necessária ação interativa das áreas de gestão para amenizar/sanar problemas mais graves que acometiam a população. Observou-se que a total falta de saneamento nas condições de grande pobreza, eram causadoras de muitos problemas de saúde, por isso, era urgente para a recente república traçar projetos sanitários. Pontes afirma

[...] herdeiro de um passado escravista e colonial, o Brasil de então se via frente ao desafio de promover medidas capazes de alterar suas condições de saúde e de acabar com as epidemias, tendo em vista defender a vida de seus habitantes e a economia do país. (2010, p. 48)

A observância às relações da dinâmica social, mostra que a preocupação com o quadro sanitário estava atrelada às intenções de uma reforma de ordem social, o que implica a participação de vários setores sociais.

Em 1901, tem-se notícias de que Emílio Ribas adotou em São Paulo medidas de combate ao *aedes aegypti* cujo modelo teria sido seguido por Osvaldo Cruz na campanha de combate à febre amarela. Em 1912 foi criado o Instituto Osvaldo Cruz que fomentou a organização de médicos sanitaristas, a exemplo de Osvaldo Cruz e Belisário Pena, para a realização de expedições com destino ao interior do país. Estes sanitaristas desempenharam fundamental papel no encontro com parcelas da população que viviam nos interiores do país, cenários já explorados por Euclides da Cunha uma década antes, este já havia denunciado as condições da vida sertaneja na obra prima: *Os sertões*. A pretensão era escrever sobre Canudos, mas a produção tomou outra direção quando o escritor se deparou com os traços expressivos das supostas sub-raças do sertão do Brasil, conforme anuncia na nota preliminar ao livro. É importante lembrar: “[...] em *Os Sertões*, também se destaca a importância do conhecimento empírico do país” (LIMA e HOCHMAN, 1996, p. 9). A obra é de fundamental importância para compreender as interfaces dos primeiros movimentos sanitaristas no país, tanto que “[...] é vista como um marco crucial de referência para os intelectuais da campanha do saneamento[...]

(LIMA e HOCHMAN, 1996, p. 10). Em *Os sertões*, Cunha apresentou um Brasil “desconhecido”, até então visto pelas lentes românticas de outros autores, em cujos escritos a imagem dos sertanejos correspondia a um povo forte e resistente às adversidades, quando na verdade, os sertões eram habitados por pessoas em más condições de saúde, sem acesso a saneamento básico, desassistidas e esquecidas pelo governo. Ao debulhar nas páginas da obra aquilo que a experiência lhe mostrou, o escritor se tornou porta-voz dos sertanejos oprimidos quando escreveu sobre suas realidades, tornando-se assim referência para outros intelectuais que pensavam o sanitarismo. A denúncia feita pelo escritor possibilitou uma percepção que somente o contato com os sertanejos seria capaz de mostrar, Cunha produziu um verdadeiro choque de realidades, ao descrever um Brasil totalmente diferente daquele que se conhecia nas cidades.

O “choque” serviu também para mostrar que as medidas sanitárias tomadas até então eram insuficientes para oferecer respostas necessárias aos problemas que assolavam as

populações, principalmente as interioranas, isto porque a origem dos problemas de saúde não se restringiam ao âmbito microscópico, nem se concentravam nos centros urbanos de precárias condições sanitárias, tão pouco poderiam ser compreendidos separados do contexto social. É importante destacar que até 1960 o país tinha 55% da sua população em áreas rurais, número que duas décadas depois havia sofrido uma verdadeira inversão, em 1980, 70% da população era urbana. No entanto, essa mudança teve grande repercussão na qualidade de vida conforme observa Ponte (2010, p. 185),

O crescimento das cidades aliado às precárias condições de vida a que foi submetida a população de baixa renda, alocada em áreas destituídas de estrutura sanitária e sofrendo os efeitos da desnutrição, alterou o quadro epidemiológico do país, revelando, em sua face mais visível, o recrudescimento das doenças transmissíveis e o aumento da mortalidade infantil.

Neste sentido, é possível afirmar que os problemas da saúde estavam necessariamente entranhados num problema estrutural.

A partir de 1907, os problemas sanitários ganharam paulatinamente maior visibilidade e repercussão com a criação do Instituto Oswaldo Cruz, um importante acontecimento para que o governo pudesse expressar ações em favor da população. Para tanto, se faziam necessárias medidas que alcançassem as populações mais afetadas pelos males causados pela falta de saneamento.

A partir de 1912 (até 1917) Oswaldo Cruz, Belisário Pena, entre outros sanitaristas, ampliaram as evidências das precárias condições de vida da população, através de várias expedições realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz interior adentro, o país foi (re)descoberto e foram reveladas através dos relatórios das expedições, as reais e cruéis condições de vida interiorana e desvelados vários “Brasis” no mesmo Brasil.

Eis pois um contraste uma vez que as ações do Estado em relação à saúde se resumiam às áreas urbanas através das medidas de combate às epidemias, e eram motivadas principalmente pela preocupação com a ordenação e modernização das cidades. Era o campanhismo paralelo ao “bota-abaixo”²⁹ enquanto isso, a realidade da vida nos sertões do país era bem pior e causou impacto nos sanitaristas.

Em 1916, o médico Miguel Pereira proferiu um discurso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no qual afirmou: “O Brasil é um grande hospital” (LIMA e HOLCHMAM,

²⁹Expressão utilizada em referência às reformas urbanas na cidade do Rio de Janeiro a partir de 1902.

1995, p. 7). A afirmativa que expressava uma postura crítica em relação à situação social, sanitária e política do país, gerou repercussão no meio médico e fomentou discussões em torno da identidade nacional. “O discurso de Pereira viria a conferir a esta ideia de *Brasil doente*³⁰ uma nova amplitude, que ia além dos círculos médicos e científicos, fazendo com que a partir dela se formulasse um programa concreto de intervenção e reforma social.” (KROPF e LIMA, 2010, p. 83).

Em 1918 foi criada a Liga Pró-saneamento do Brasil³¹. Movida pela ideia de mobilizar o país numa campanha de saneamento na luta pela instituição de uma política nacional de saneamento, que deveria ser guiada por um organismo de cunho nacional, a Liga proclamava a falta de compromisso do poder público federal com as necessidades de saneamento do país. Através dela, foram realizadas importantes ações, como conferências, palestras em escolas e distribuição de folhetos de educação sanitária, a campanha repercutiu positivamente na imprensa e se tornou alvo de discussões no Congresso Nacional. As ações da Liga causaram impactos mediante a publicação de relatórios das viagens, inclusive por sugerir a criação do Ministério da Saúde Pública (LIMA e HOLCHMAN, 1995, p. 12). A criação do Ministério não se deu naquele período, no entanto, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública dando maior amplitude à realização das ações sanitárias. O referido Ministério foi criado apenas em 1930, atrelado à pasta da educação, tendo sido denominado Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), fato que certamente respondeu aos anseios do movimento sanitarista da primeira república.

Paralelo às ações dos que defendiam uma reforma social, havia ainda os defensores da tese do determinismo biológico, para os quais os problemas de saúde estavam diretamente ligados aos fatores biológicos como reflexo da base racial sobre a qual a população havia se formado. Havia quem defendesse ideias de determinação racial,

Para alguns intelectuais, os obstáculos representados pela base racial eram insuperáveis[...] só viam num programa intenso de imigração uma saída favorável para a nação brasileira. Nessa perspectiva, o grande problema da nacionalidade radicava-se no povo que, no limite, deveria ser substituído. (LIMA E HOCHMAN, 1996, p.8)

Estes acreditavam que as pessoas eram culpadas pela situação de subdesenvolvimento em que viviam. No entanto, o movimento em favor do saneamento do Brasil, com destaque

³⁰ Grifo dos autores.

³¹ Teve como sócios fundadores membros da Academia Nacional de medicina, antropólogos do Museu Nacional, militares, educadores e Wenceslau Brás, o então presidente da república, entre outros nomes.

para os sertões, constatou que outros determinantes eram dignos de atenção e não a questão racial, de modo que a negaram e incluíram no debate componentes sociais como os causadores dos males à saúde como falta de saneamento e ausência de hábitos de higiene e subnutrição, por exemplo, e nesses componentes sociais concentraram esforços na luta pelo sanitarismo.

Os intelectuais da campanha do saneamento rural aproximavam-se, assim, de uma tendência de crítica às teses de determinismo racial [...] Influenciados pelas correntes de pensamento social do primeiro período republicano, não cumpriram apenas o papel de divulgadores de ideias preexistentes; (Lima e Hochman, 1996, p.8)

Com isto, os médicos sanitaristas haviam conseguido avançar na compreensão da situação da saúde no Brasil, haviam chegado às imagens de um país real e com base nos novos conhecimentos, o combate a algumas doenças específicas como febre amarela, varíola e malária se tornaram alvos através de uma série de ações.

No entanto, o caráter coercitivo, já utilizado por Osvaldo Cruz e suas comitativas nas ações de vacinação, permanecia de certa forma, agora através do modelo campanhista introduzido. Segundo Pontes

A luta contra esse grupo de moléstias assumiu características de verdadeira campanha militar [...] as campanhas eram organizadas segundo rígidos padrões que seguiam moldes militares. Nelas estavam presentes, além da ideia de um inimigo a ser combatido, uma estrutura hierarquizada que procurava dar conta de suas tarefas em um território previamente delimitado. (2010, p. 103, 104)

No Brasil, a lógica, ainda hoje presente de forma mais pontual, contribuiu para o surgimento de várias instituições, tais como: o Serviço de Malária do Nordeste, instituído em 1939, o Serviço Especial de Saúde Pública em 1942 e a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) criada em 1969. É importante destacar que em alguns casos, a expansão desses serviços ocorreu por interesses políticos, como a organização do Serviço especial de Saúde Pública (SESP), por exemplo. Sua execução estava diretamente ligada aos interesses na exploração de manganês e borracha por ocasião da crise mundial no período da segunda guerra.

As condições de precariedade em que viviam os povos sertanejos despertaram a atenção dos intelectuais e sanitaristas no início do século, contudo, não foram os únicos determinantes para o crescimento e fortalecimento dos movimentos em favor da intervenção do Estado nas questões sanitárias. Esse processo de urbanização gerou como consequência alterações no

quadro epidemiológico do país devido às más condições de vida da população de baixa renda. Efeitos como proliferação de doenças, desnutrição e mortalidade infantil desafiavam a estrutura de atenção à saúde do Estado.

A partir do século XX várias ações de atenção à saúde foram desenvolvidas como programas de extensão e cobertura contudo, somente nas últimas quatro décadas se pode verificar maior esforço nas tentativas de organização dos serviços de assistência à saúde por meio de política governamental.

Neste sentido, foi criado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) instituído pelo decreto 78.307 de 24 de Agosto de 1976 cuja finalidade era “[...] implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região”. (SILVA E DALMASO, 2002, p. 28).

A destinação de recursos para o Nordeste indica a preocupação³² com a região que concentrava contingentes populacionais extremamente empobrecidos. As diretrizes do Programa são elucidativas, dentre elas destacamos

Ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas; Ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico[...]; Desenvolvimento de ações de saúde, caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia; Disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos; Ampla participação comunitária;(Art.2º)

A partir do PIASS ganha destaque o aspecto da incorporação do trabalho de pessoal auxiliar como suporte do trabalho médico no tocante às ações de acompanhamento de grupos vulneráveis como crianças e gestantes, detecção de problemas como desnutrição e encaminhamento para os minipostos. Os bons resultados do programa resultaram na sua expansão que numa segunda etapa, de 1980 a 1985 incluiu o estado de São Paulo nas regiões do Vale do Ribeira e Sorocaba.

O Nordeste é historicamente marcado por períodos de estiagem, grandes secas que exigem saídas estratégicas que ofereçam apoio aos mais vitimados pela fome e desnutrição e foi justamente numa situação dessas “[...] em anos de seca como aquele de 1987 [...]” (LAVOR,

³²De acordo com Gonçalves (2011), a preocupação com as ações de interiorização deve-se também à pressão do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF em defesa dos cuidados primários à saúde e ainda ao histórico de organizações e resistências popular.

2010, p.18) que o Ceará desenvolveu um programa emergencial de atendimento às famílias mais afetadas, através do qual seis mil mulheres, sem nenhuma qualificação profissional, dentre as mais pobres e conhecidas pela comunidade, foram treinadas e contratadas para desenvolverem atividades simples como ensinar a usar o soro caseiro, identificar gestantes e realizar verificação da vacinação de crianças. Assim, surgiu no sertão cearense um programa de atendimento à população denominado PACS que mais tarde, devido ao grande êxito, se tornou um programa de governo expandindo-se para as demais regiões do país

2.2 - Uma genealogia a partir do panorama nacional: origem dos Agentes Comunitários de Saúde?

Nogueira nos oferece um importante registro sobre esta origem dizendo:

A ideia de criar a função de agente comunitário de saúde vem de muito longe. O primeiro registro sobre esse tipo de trabalho, ou similar aos ACSs, foi na Mongólia, China, há cerca de 50 anos. Camponeses eram recrutados pelas organizações locais do Estado, começando pelo interior, e eram treinados para dar os primeiros socorros. Como nômades, eles andavam em grupo de quatro ou cinco e acampavam em vilarejos e pequenos agrupamentos onde atuavam como enfermeiros, conhecidos como ajudantes de saúde. (ROCHA apud NOGUEIRA, 2000, p.11)

Apresentamos este registro para apontar a distância temporal e territorial desse tipo de trabalhador. No Brasil, Agentes Comunitários de Saúde atuam como parte de uma política oficial de governo desde 1991, embora seu histórico de atuação no cenário nacional sob outras orientações seja anterior a isso. Antes de ser um trabalhador a serviço do Estado, era um cooperador, por assim dizer, a serviço das comunidades das quais eram extraídos. Neste sentido, podemos afirmar que o ACS não é filho do SUS, senão na condição de adotivo pois décadas antes já havia sido gestado em importantes experiências e por isto, não pode ser compreendido numa perspectiva que privilegie apenas o âmbito formal. Significa dizer que as investigações sobre os ACS podem ser feitas por pelo menos dois caminhos: num deles podemos nos valer dos documentos oficiais datados a partir da institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) verificando como se deu cada etapa (olhando por essa ótica perceberemos que se trata de uma categoria de apenas vinte e cinco anos) ou , por outra via, pode-se investigar as origens desses “atores sociais” muito anteriores ao próprio SUS, buscando

no lastro da história as pistas que possam servir de indicação de quando e como o “agente” emergiu no contexto do nosso país.

Concordando com a afirmação de Souza (2010) ao escrever sobre a instituição do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), reconhecemos dois riscos ao nos lançarmos nesse empreendimento. O primeiro é o da perspectiva tendenciosa, no sentido de dar vazão à história contada pelos que constroem a cultura dos fortes e invisibilizam movimentos, saberes e práticas de origem popular, com o intuito de manter a supremacia de determinados grupos. Todavia, a necessidade da recorrência às fontes, nos expõe ao risco iminente, de modo que mesmo com cuidado não estamos livres de cair nas armadilhas do ponto de vista hegemônico da história.

O segundo risco advém da condição de sujeito participante da categoria que investigamos. Há aqui uma tendência a enxergar pelas lentes daquilo que está impregnado em nós por ocasião da experiência pessoal.

Contudo, consciente dos riscos, não os tememos e encontramos em Freire encorajamento necessário para prosseguir “É próprio do pensar certo a disponibilidade ao risco[...]” (2011, p. 36). Assim sendo e considerando a origem e as pretensões desta pesquisa, cuidaremos para não negligenciar nosso compromisso enquanto pesquisadora uma vez que, não é de nosso interesse pensar o ACS nos limites de uma política de governo, mas aprofundar nosso olhar a partir de indicativos históricos, aqueles capazes de nos permitir maior aproximação com sua genealogia.

Por volta dos primeiros dez anos³³ da implantação do Programa, os ACS eram sujeitos vindos das bases populares, membros de determinados grupos sociais (que aqui chamaremos de comunidades) e reconhecidos como detentores de saberes populares. A vinculação com uma determinada comunidade se apresentava inclusive como principal condição para a candidatura à função. Tomaremos esta vinculação/condição necessária como fio condutor da nossa busca, pois, nos faz acreditar nesta condição como sua essência.

Tal condição não deve ser tratada como critério de pouco valor. Para chegar a esta simples afirmação, basta dar-nos conta da existência de pessoas, com formações de diversos tipos e que teoricamente acumulavam mais conhecimentos que os ACS mas que, por não fazerem parte de determinada comunidade, não podiam concorrer ao cargo para atuar como tal, ou seja, não se tratava de uma questão de formação/titulação, mas de uma questão de outra

³³ Afirmação baseada na nossa experiência profissional. Quando em 2004 ingressamos na categoria foi por meio de processo seletivo, após isso, as demais pessoas ingressaram por meio de concurso público.

ordem, tratava-se da vinculação com a comunidade, o que por sua vez, sugere interação e relacionamento com ela, uma clara afirmação da dimensão relacional na qual estão atrelados saberes específicos da dinâmica da comunidade. A fala de ACS³⁴ pioneiros ajudam a firmar a compreensão sobre este aspecto:

O que eu observei diferenciado desses outros agora, é que no primeiro concurso era quem tinha mais conhecimento nas perguntas que eles faziam e muita gente achava que tava na vantagem porque tinha grau de escolaridade mais avançado. Na minha sala, eu disputei com uma enfermeira [...] Ela tinha estudo mais avançado, mas eu esqueci que eu tinha algo que ela não tinha: conhecimento na comunidade [...] Então ela só era da universidade pro trabalho e pra casa eu já era de casa pra comunidade. (BANDEIRA, 2015, p. 6)

A outra pessoa dá ênfase à importância dada ao envolvimento com atividades comunitárias para o ingresso na função:

[...] quando apareceu o chamado para se inscrever, eles diziam que quem tinha trabalho comunitário já tinha assim... Já levava uma vantagem... Muitos que trabalhavam na igreja coordenavam grupos religiosos nas comunidades... Você já podia levar uma declaração pra já contar como ponto. Deram prioridade pra quem já tinha experiência com a comunidade. (BANDEIRA, 2015, p. 7)

Importa destacar que a referência à dimensão relacional considera também as relações com o meio, uma vez que não é possível compreender os sujeitos e suas dinâmicas dissociando-os dos contextos. Lavor (2010, p 18) afirma a importância da relação do agente com as famílias com as quais compartilha da mesma cultura e dificuldades para a sua atuação.

Este critério, firmado desde a institucionalização do PACS, prevalece até os dias atuais e nos permite inferir que se trata de um traço central na discussão sobre a categoria. Ao escrever sobre como se deu a implantação do Programa na Paraíba³⁵, Souza explica:

[...] os Agentes poderiam ser indicados pelas associações de moradores e ou outras entidades [...] os candidatos a Agente Comunitário de Saúde deveriam submeter-se a um processo de recrutamento e seleção, com ampla divulgação e mobilização nas comunidades a serem atendidas pelo Programa. (2001, p.62, 63)

³⁴ACS atuantes no município de Mari - PB

³⁵A Paraíba foi escolhida para sediar o projeto-piloto por ter sido o Estado com maior número de solicitação dos municípios para implantação do Programa.

Esta condição necessária nos remete à sociabilidade, prática fundamental para a manutenção da vida desde se tem notícias do ser humano. Deste prisma, no contexto da História do Brasil é possível citar exemplos desde as sociedades indígenas aos dias atuais: curandeiros, profetas da chuva, parteiras e rezadeiras entre outros. São sujeitos cujos saberes populares que detêm conferem a eles a condição de assumir determinados papéis no meio em que vivem, por assim dizer. Em trecho do documentário *O fim e o princípio*³⁶ que ouviu diversas pessoas do sertão da Paraíba falarem sobre suas vidas, o produtor e coparticipante pergunta a uma senhora rezadeira quais as palavras da reza e ela prontamente diz: “Ah não digo não. Ninguém ensina não que não serve”³⁷. Esse tipo de saber popular confere aos sujeitos a condição de assumirem determinados papéis de referência no meio em que vivem. É um exemplo que mostra nitidamente um conhecimento para o qual a ciência não se volta por não encontrar nele correspondência com seus critérios de verificação, logo, desconhece legitimidade ao diferente, ao invés de admitir sua limitação diante do saber popular. Ainda que baseados num olhar superficial, é possível concluir que são sujeitos detentores de saberes de ordem popular, não adquiridos em instituições formais de ensino e não menos importante por isso

Num contexto de mundo tomado pelo modelo de ciência moderna no qual o conhecimento é fragmentado, “[...] o processo de crescente especialização da ciência moderna vem restringindo os objetos sobre os quais incide o conhecimento produzido” (OLIVEIRA, 2008, p. 29). Mas, eis que nesse contexto se mantém no âmbito do serviço público uma profissão que preserva sujeitos dotados de conhecimentos/habilidades/saberes gerais, sem exigências especializadas, conservando uma matriz relacional como condição necessária para “ser” e prestar serviços à comunidade assistida: os Agentes Comunitários de Saúde. Segundo Gonçalves, “[...] subentende-se que, de alguma forma, haja a existência de um saber prévio relevante, aprendido ao longo da vida, como parte do existir e do lutar pela sobrevivência, na comunidade de origem” (2011, p. 37-38).

Esta característica de pertencimento ganha destaque ao nosso ver por ser um elemento pouco importante no atual contexto do mercado de trabalho. Elementos como a formação e a experiência acumulada nas áreas de atuação se sobrepõem a outras exigências. Em contraste, a principal exigência feita ao candidato a ACS, quando surgiu a categoria³⁸ enquanto programa de governo, era a existência de uma vinculação anterior e direta com determinada comunidade na qual, em tese, incorporava “[...] diferentes e inéditas responsabilidades de ação[...]. Esta

³⁶ Eduardo Coutinho, 2005.

³⁷ Aos 15:10.

³⁸ Diferente do presente momento em que a forma de ingresso na profissão sofreu alterações.

disponibilidade para ser um trabalhador genérico, disponível para incorporar novas tarefas, sem se desfazer de outras, tem sido uma das qualidades mais importantes do repertório de ações do/a ACS” (GONÇALVES, 2011, p. 38). Há, portanto, algo que se pode chamar de incomum nesse profissional, Nogueira (2000) o chama de *sui generis*.

Estas características específicas do ACS nos permitem pensa-lo como sujeito de antiga origem. Vasconcelos afirma: “[...] em qualquer comunidade existe uma série de agentes de saúde que não são ligados a nenhuma instituição e que não têm autorização oficial para a sua prática. São os agentes informais de saúde” (1989, p.117) nesses termos, em vários lugares e culturas há grande variedade desses sujeitos. Todavia, no campo da saúde pública no Brasil, o perfil desses sujeitos começou a ser construído a partir da influência de modelos de atenção médica alternativos à medicina curativa que despontava nos Estados Unidos, a partir de 1940. Os principais foram a medicina preventiva, coletiva, social e comunitária, sendo esta última a alternativa que serviu de inspiração para os modelos de atenção primária à saúde. Donnangelo (1976, p. 86) refere-se à medicina comunitária da seguinte forma

Como projeto de reforma médica a Medicina Comunitária [...] postula na sequência da medicina integral e da medicina preventiva, a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psico-sociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos de atenção à saúde.

O modelo buscava reorganizar a prática médica a partir de uma concepção mais ampla de saúde e doença contemplando o indivíduo como um conjunto estrutural biopsicossocial inseparável.

A medicina comunitária emergiu como proposta de orientação social para enfrentar a pobreza cumprindo o papel de assistir de forma simplificada grupos sociais marginalizados. A importância e eficácia da proposta se pode perceber pelos desdobramentos que ganhou com destaque para o estabelecimento do tema da primeira conferência internacional sobre cuidados primários à saúde, a saber: Saúde para todos no ano 2000.

A proposta alternativa à lógica assistencial afeta a forma de percepção da “produção” da saúde por considerar/integrar de forma mais incisiva aspectos sociais ao binômio saúde-doença. A tendência à coletividade associada à superação da prática médica para a cura traz como implicação um importante elemento já mencionado: a ampliação das práticas relacionais. Paralelos à figura do médico, constituem-se outros sujeitos sociais de suma importância para o processo saúde-doença, de modo que a ideia da interdependência dos sujeitos quanto à

responsabilidade e o cuidado da saúde retira da figura o médico a condição de responsável pelas soluções dos problemas de saúde. Esta lógica se constituiu como importante alternativa de contraposição ao modelo médico dominante e foi de grande importância para que o setor saúde se tornasse mais politizado. No Brasil a influência desse modelo se deu a partir dos anos 1970-1980, período em que emergiram vários movimentos populares em favor da democratização dos serviços, dentre eles, de saúde.

Identificamos na medicina comunitária a matriz funcional que serve de base para o modelo de atenção à saúde que temos no Brasil. Segundo Alves e Falleiros

A aplicação prática da medicina comunitária consistiu na implementação de programas de extensão da cobertura dos serviços de saúde, entre os quais os mais celebrados foram aqueles que mobilizaram amplos contingentes de agentes da comunidade para o provimento de cuidados básicos de saúde, como na China socialista. (2010, p. 170).

Conforme se pode perceber, a medicina comunitária possibilita utilizar contingentes populacionais como mão-de-obra de baixo custo. Fator que tornava o modelo “atraente”. Sobre a disseminação do modelo, Donnangelo (1976, p. 85) afirma

Na América Latina a difusão do projeto ganha corpo na década de 70 e resulta em programas experimentais de prestação de serviços que se propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais. Também aí o projeto aparece, em uma de suas dimensões, como prática alternativa paralela à organização dominante da assistência médica.

No Brasil, o modelo se apresentou através de programas de extensão e cobertura intensificados através de vários projetos-piloto que utilizavam pessoal auxiliar como suporte para a assistência em saúde a parcelas populacionais, o que em muito contribuiu para o desenvolvimento político do setor saúde no país. De acordo com Silva e Dalmaso (2002, p. 19) “[...] as últimas décadas têm sido marcadas por repetidas tentativas de organização da assistência à saúde”. A utilização de pessoal auxiliar diz respeito à “[...] incorporação de trabalho não médico associado ao trabalho médico, sendo que a assistência passa por uma distribuição de tarefas e por um conjunto de práticas complementares” (GONÇALVES, 2011, p.43-44).

Pode-se dizer que a incidência dessas ações no país começaram, em termos de organização governamental, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública em 1942,

subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, que tinha como objetivo principal monitorar e prestar assistência médico-sanitária que incluía o saneamento do Vale do Amazonas, o preparo de profissionais para o trabalho em saúde pública e a colaboração com ações de combate à doenças transmissíveis como a lepra e malária³⁹.

Em 1960 foi criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.SESP) vinculada ao Ministério da Saúde. As ações eram desenvolvidas por um conjunto de profissionais que incluía visitadoras sanitárias e auxiliares que atuavam a partir de visitas domiciliares voltadas para promoção de saúde, prevenção de doenças e monitoramento de grupos de risco. Importa destacar, conforme registra Gonçalves (2011), as visitadoras não eram recrutadas da população assistida, mas qualquer pessoa interessada, tendo o que hoje corresponde ao ensino médio, se submetia a uma seleção, e se aprovada, era contratada e trabalhava sob a supervisão de uma enfermeira. Silva e Dalmaso (2002, p. 26) afirmam: “[...] a instituição teve uma grande importância na concepção de diretrizes que, atualmente, orientam as práticas de trabalho na proposição dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF)”.

Paralela ao andamento das ações da F.SESP, que foi incorporada à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) em 1990, por ocasião da criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS) vinculada ao Ministério da Saúde, foi criado em 1976 o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). A instituição do Programa tinha como objetivo atingir a região Nordeste, através da implantação de uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes, e como meta utilizar o pessoal de nível auxiliar das comunidades a serem atendidas. Merece destaque o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em área rural, Vale do Ribeira que focou conhecido como projeto Devale, iniciado em 1981 indo até 1985, a partir do qual se expandiram os serviços básicos de saúde e saneamento no Estado de São Paulo começando por uma região pobre e problemática, o Vale da Ribeira.

A implantação do Devale e as atividades dos agentes de saúde contavam com financiamento do Estado com o Ministério da Saúde e Instituto INAMPS. A escolha dos agentes se deu em reunião com a participação da comunidade a ser atendida. Sobre isto, Gonçalves (2011, p. 44-45) afirma:

³⁹ Silva e Dalmaso afirmam que todas as atividades do Sesp tinham como prioridade atender às populações de áreas onde existiam matérias-primas que interessavam aos países em guerra, aliados contra a Alemanha.

Tanto o PIASS no Nordeste quanto o PIASS do Vale da Ribeira caminham de acordo com as diretrizes básicas do Programa, para incorporação do auxiliar de saúde ou algo parecido ao agente de saúde, vindo de dentro da comunidade local. Há um aspecto importante: parte dos/as agentes contratados/as para prestarem serviços de saúde no Vale da Ribeira já desenvolviam alguma atividade comunitária; exemplo é o trabalho de base da Igreja Católica.

Ao escrever sobre sua integração na história da atenção básica iniciada em 1979, Jatene declara que, em áreas carentes da cidade de São Paulo um movimento popular sob coordenação de comunidades eclesiais de base reivindicavam assistência básica que garantisse atendimento as necessidades elementares da saúde da população. Demonstrando interesse afirma: “[...] compareci como Secretário a muitas assembléias populares nessa e em outras áreas da cidade, comprovando a ausência em extensas áreas do mínimo para o atendimento, pelo menos, básico da população” (JATENE, 2010, p. 11).

Atenta às necessidades da população, a secretaria realizou um planejamento que incluía a instalação de centros de saúde, hospitais e “[...] a contratação do que na época se chamavam educadoras sanitárias, que deveriam ser recrutadas no seio da população abrangida pelo centro de saúde, cada uma controlando cerca de 1.000 pessoas” (JATENE, 2010, p. 11). Os planos não puderam ser efetivados⁴⁰. Jatene afirma que “[...] a política de pessoal exigia concurso público, que resultaria em pessoal com credenciais muito superiores ao que se pretendia, e com pessoas que não moravam na área, sendo, portanto, inadequada.” (JATENE, 2010, p. 12).

Uma importante experiência desenvolvida no Estado do Ceará de 1987 a 1988, mais precisamente no sertão, por ocasião de uma grande seca, normalmente é mencionada como referência principal no que se refere à origem do PACS. Situaremos esta experiência a seguir, mas apresentaremos ainda outras que foram fecundas e ao nosso ver foram também de grande importância para a instituição do programa.

Frente a uma seca de grandes proporções “[...] o Estado identificou a possibilidade de empregar, a curto prazo, em atividades de promoção de saúde, milhares de moradores de área carentes[...].” (SILVA E DALMASO, 2002, p.47) e assim prestou atendimento às famílias mais atingidas pela seca. Tal atendimento se constituiu como programa em caráter emergencial, para o qual mais de seis mil pessoas foram contratadas para atuar como agentes de saúde, chegando a atingir 118 municípios do sertão cearense. Após um ano, o programa se tornou permanente e os então agentes de saúde passaram a ser identificados como Agentes Comunitários de Saúde. Na verdade, o programa do Ceará foi inspirado numa experiência anterior, em Planaltina – DF.

⁴⁰ É possível que a não efetivação da proposta tenha sido inviabilizada por ocasião da conclusão da segunda etapa do PIASS.

Lavor participou ativamente da referida experiência e em 1987 na qualidade de secretário de Saúde do Ceará, ampliou a ideia conforme afirma (BRASIL, 2011, p. 17,18)

De 1979 a 1986, Miria e eu, de volta ao Ceará, adaptamos o trabalho do auxiliar de saúde para as condições do sertão na região de Iguatu, especialmente em nossa cidade natal, Jucás. Em 1987, ao implantarmos o SUDS no Estado, contratamos, durante um ano, seis mil mulheres entre as mais pobres para trabalharem como agentes de saúde, novo nome para aquelas auxiliares. O sucesso na redução da mortalidade infantil, que sempre se agravava em anos de seca como aquele de 1987 tornou permanente o programa emergencial.

Alguns anos antes disso, ocorreu em comunidades do Distrito Federal outra importante experiência, coordenada pelo médico sanitarista Frederico Simões Barbosa⁴¹. Barbosa que tendo iniciado sua carreira de pesquisador em 1950 dedicou-se às pesquisas sobre esquistossomose, realizando trabalhos de estudo em algumas comunidades como Sobradinho e Planaltina – DF. A medicina comunitária já mencionada aparece como nítida influência na afirmação de Barbosa: “O que me atraía na UnB era a base inovadora sobre a qual foi assentada a Faculdade de Ciências Médicas [...] A Faculdade foi montada com um sentido comunitário muito avançado para a época.” (JUNIOR, 1997, p.150). Sobradinho, uma comunidade carente destacada pelas doenças e óbitos infantis, motivou uma equipe de saúde para acompanhar as crianças daquela área, para tanto, era necessária atenção junto às famílias, trabalho inviável para médicos e enfermeiros por precisarem estar fixados na unidade, mas, para os profissionais da assistência social o acompanhamento era possível, tendo em vista que a realização de algumas visitas à comunidade fazia parte do seu trabalho.

Tendo passado por diversas experiências no trabalho com a esquistossomose, que tinha como principal forma de combate o uso de moluscidas, baseado no que havia experimentado, Barbosa desconfiava seriamente da eficácia do uso do controle químico como estratégia única no combate à doença, embora a Organização Mundial de Saúde o priorizasse. Seguro de sua postura, o pesquisador afirma “[...] comecei a trabalhar enfatizando saneamento e desenvolvimento comunitário [...]. A comunidade respondeu muito bem ao trabalho.” (JUNIOR, 1997, p.151)

O pesquisador defendia que uma estratégia apenas de controle da esquistossomose não poderia ser privilegiada, mas deveria ser parte integrante de um conjunto de medidas de combate à doença, entre elas a educação em saúde envolvendo diferentes especialistas atuando

⁴¹ Frederico Adolfo Simões Barbosa foi um médico epidemiologista e educador pernambucano do século XX.

diretamente junto às populações atingidas, uma ideia inovadora para a época em que eram priorizados estudos em espaços clínicos não valorizando as atividades/pesquisas em campo sobre o que afirma: “Trabalhos de comunidade não gozavam de muito prestígio”. (JUNIOR, 1997, p. 151).

Foi então quando no Brasil enquanto professor na Universidade de Brasília, contando com diversos apoios, Barbosa coordenou uma importante experiência em Planaltina, região administrativa do DF, de 1974 a 1978. Dentre os profissionais envolvidos, estavam assistentes sociais que dominavam bem as técnicas de contato com moradores devido às experiências do exercício da profissão. Estes estudaram com professores da Universidade de Brasília a “participação social” e “dinâmica de grupo” ambas associadas às ideias de Paulo Freire. A partir daí prepararam capacitação para os auxiliares de saúde de Planaltina e com médicos e enfermeiros, os auxiliares adquiriram alguns conhecimentos de saúde necessários para o trabalho comunitário. Temos, pois, aqui uma importante referência de trabalho com comunidades que alude e antecipa a prática dos ACS, que acreditamos encontrar-se aqui uma de suas forma embrionária.

Algumas dessas experiências se concentraram em períodos, em que o país estava sob comando do regime militar, no qual priorizava-se a medicina curativa amparada pela esfera privada cujos grupos cresciam e absorviam boa parte dos recursos destinados aos financiamento da saúde pública, que sofria com os desmandos administrativos. Segundo Ponte (2010) o decréscimo da participação do Estado na saúde pública se pode observar a partir de números como os das internações hospitalares. Em 1970 os hospitais da Previdência Social registravam 4,2%, número que caiu para 2,6% em 1976 quando os hospitais particulares respondiam a 98% do serviço. Afirma ainda

[...] o que vigorou foi o modelo preconizado pelos empresários da medicina e cuja ênfase estava no aspecto curativo em detrimento de ações de cunho preventivo. Esta opção prevaleceu durante toda a década de 1970 e em parte dos anos 80, período em que começaram a ser discutidas as diretrizes que atualmente orientam o Sistema Único de Saúde. (2010, p.191)

Frente a esse quadro emergiram lutas de resistência ao autoritarismo prevalecente e o avanço de movimentos sociais em favor da democracia, se apresentava de várias maneiras possíveis nas lutas coletivas almejantes pelo respeito à cidadania. Estava em curso nesse período, a constituição de uma proposta de uma reforma da saúde. Segundo Paim (2008) nessa década renasceram os movimentos sociais que se expressavam no campo da saúde como

possibilidades de articulação contrárias às políticas de saúde autoritárias marcadas pela privatização.

Nesse mesmo contexto dos anos 1970, inscreveram-se também as Comunidades Eclesiais de Base que cumpriram importante papel no fortalecimento dos Movimentos Populares. Para tratar destas é necessário destacar um importante momento da Igreja Católica, o Concílio Vaticano II (1962-1965) que se instaurou como marco de mudanças sobre vários temas discutidos pela Instituição. Fora projetada uma nova imagem da Igreja que repensou seu papel social. A partir do evento, ficou afirmada a importância da sua relação com o povo, o ser mais social, mais comprometida com as causas dos mais pobres. Ganharam destaque as observações em torno do aspecto material da natureza humana considerando que o negligenciar dessa dimensão afetava a própria condição humana. A nova projeção social da igreja ia ao encontro dos anseios dos oprimidos o que fez com que a Igreja se fizesse presente nas lutas em favor dos pobres, a partir do entendimento de que a transformação de condições sociais de opressão fazia parte do processo de evangelização. Frei Betto defende que “O anúncio do Evangelho aos pobres só produz frutos através de atitudes libertadoras. Canonizar a miséria é trair a esperança do povo”. (1985, p.5)

Intelectuais como Dom Helder Câmara (1909 - 1999), D. Antônio Fragoso (1920 - 2006) e Dom José Maria Pires (1919) são grandes exemplos do comprometimento da Instituição com os pobres, por serem líderes religiosos muito atuantes em favor dos direitos humanos. Assumindo essa perspectiva, a Igreja se tornou um “lugar” de referência na luta contra todas as formas de opressão, lutas motivadas pela opção preferencial da Igreja pelos pobres, em todos os sentidos (material, intelectual e espiritualmente) seguindo assim, o exemplo de Cristo, mas também questionados pela conjuntura nacional que agredia e suprimia os direitos do povo. Foi no seio dessa conjuntura que por volta da década de 1960 surgiram as Comunidades Eclesiais de Base (doravante CEBs) como frutos dessa forma de “ser/fazer” Igreja. Segundo Frei Betto, (1985, p. 8).

Nesses anos de regime militar no Brasil, os membros das comunidades de base têm participado ativamente da oposição popular [...] Ao suprimir os canais de participação popular, o regime militar fez com que esse mesmo povo buscasse um novo espaço para se organizar. Esse espaço foi encontrado na Igreja, única instituição do país que, por sua índole histórica, escapa ao controle direto dos poderes públicos.

O autor afirma ainda que as primeiras CEBs surgiram por volta de 1960 e constrói uma definição na qual as considera como pequenos grupos organizados em torno de uma paróquia

ou capela, a iniciativa da organização pode ser de religiosos ordenados ou leigos. Os animadores que constituem os grupos são chamados de Agentes Pastorais. Merece destaque o que entendemos como eixo político da “definição” apresentada, considerando que o autor vê as CEBs como “[...] um desafio lançado à Igreja pela esperança de libertação dos povos latino-americanos. Através das comunidades de base, de seus agentes pastorais, descobrir a maneira mais evangélica de tornar essa esperança uma prática eficaz de transformação da História[...]” (1985, p. 1). Ao nos voltarmos para a descrição dessas comunidades, de modo especial de seus agentes, uma característica merece destaque por nos remeter diretamente à figura do ACS o que nos dá margem para pensar em algum tipo de relação entre tais agentes. A este respeito Frei Betto destaca:

[...]exige-se que o agente pastoral viva vinculado ao povo, comungando a sua vida para, no espaço eclesial, entender melhor sua palavra. Caso contrário, o agente correrá o risco de cair na atitude colonialista de quem quer ensinar à comunidade popular sem antes aprender com ela e refazer suas categorias e valores elitistas, acadêmicas, populistas ou vanguardistas. (1985, p. 7)

Percebemos a partir da descrição destes agentes pastorais, uma aproximação com as práticas dos ACS. A vinculação com o grupo social de atuação aparece como inerente às duas categorias, por assim dizer, fato que os conduz permanentemente a um fazer com e não fazer para.

Na descrição do método das CEBs, são apontados como constituintes da dinâmica dos grupos: a identificação de problemas dos participantes, “em geral são problemas domésticos”, a organização e o empenho de todos para contribuir com a solução do problema do outro o que demonstra o fortalecimento do espírito de coletividade.

Não há uma vinculação direta dessas comunidades com os ACS enquanto ‘profissionalização’, no entanto os agentes de saúde populares estão ali como inspiração/antecipação de uma experiência fecunda. Tal afirmativa se baseia na observação das experiências que antecederam o PACS e lhe serviram de modelo. As experiências de trabalho comunitário em saúde priorizaram os sujeitos que tinham algum tipo de vinculação direta com o povo.

Por extensão das ações sociais da Igreja, foi criada em 1983 a Pastoral da Criança (doravante PC) um organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Tendo como fundadores a médica sanitária Zilda Arns juntamente com Dom Geraldo Majela Agnelo. A Pastoral se assenta, desde sua criação, nos princípios da Doutrina

Social da Igreja. Formada por voluntários, agregou diversos sujeitos já integrados nas atividades das CEBs ou em outras atividades ligadas à Igreja com o intuito de cumprir sua importante missão:

[...] promover o desenvolvimento das crianças, à luz da evangélica opção preferencial pelos pobres, do ventre materno aos seis anos, por meio de orientações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania, fundamentadas na mística cristã que une fé e vida, contribuindo para que suas famílias e comunidades realizem sua própria transformação.⁴²

O trabalho desenvolvido pela PC baseia-se em uma “metodologia comunitária de multiplicação do conhecimento e da solidariedade entre as famílias mais pobres”⁴³ inspirada no milagre da multiplicação, narrado no texto bíblico do Evangelho de João 6:1-15. À frente da Organização presente em todo o Brasil e em outros dezessete países, Arns preocupou-se em aliar o conhecimento científico ao conhecimento e à cultura popular dedicando-se e defendendo a mobilização e participação social em favor da vida. Seu discurso estava sempre referendado nos princípios bíblicos, especialmente de solidariedade por meio do qual inclusive, o trabalho da Pastoral tornava-se possível, uma vez que é realizado através dos agentes/líderes voluntários. “[...] alicerça sua atuação na organização da comunidade e na capacitação de líderes voluntários que ali vivem e assumem a tarefa de orientar e acompanhar as famílias vizinhas em ações básicas de saúde, educação, nutrição e cidadania [...]”⁴⁴.

Tem-se o registro referente a 2013⁴⁵, de mais de 190 mil voluntários na Pastoral. Segundo o Centro Cultural do Ministério da Saúde, o trabalho educativo desenvolvido por líderes comunitários capacitados, tendo como foco as mães, se revelou a melhor forma de combater muitas doenças fáceis de serem previstas. O destaque que ganha o trabalho educativo na frente de atuação da Pastoral traduz o respeito da Organização pelos saberes populares, pela integração e não imposição de conhecimentos, esta perspectiva torna-se clara no artigo 2º do Estatuto da Pastoral que trata de seus objetivos e ações que sirvam às suas finalidades, entre eles “Sobrevivência e desenvolvimento integral da criança, com as ações básicas de saúde, nutrição, educação e comunicação, sobretudo nos bolsões de miséria; alfabetização de jovens e adultos que participam da Pastoral da Criança”.

⁴² Site Pastoral da criança

⁴³ Site Centro Cultural Ministério da Saúde

⁴⁴ Site Pastoral da criança

⁴⁵ Idem

Em referência direta, Gonçalves considera que “[...] o/a ACS tem, então, como parte de sua missão algo que já está entranhado no repertório de saberes de sua comunidade de origem, que é, entre outros, o de levantar meios locais para cuidar da saúde” (2011, p. 38).

Consideramos inevitável pensar as relações existentes entre os agentes e as ações do PACS, das CEBs e da Pastoral. A proposta metodológica de cunho popular e religioso das CEBs e da PC ganhou corpo e mostrou-se suficientemente eficaz para alcançar os objetivos pretendidos, tanto que se mantém até os dias atuais. É possível perceber a reprodução quase que total dessa metodologia pelo PACS, diferenciando-se no que diz respeito a não ligação com uma Instituição religiosa.

A partir do exposto, se traçarmos uma sequência de experiências que podem ser consideradas como referências para a institucionalização do PACS, temos:

Quadro 2 – Histórico de experiências populares e Programas de Extensão e Cobertura no Brasil

Experiência popular	Onde aconteceu	Período	Coordenação
Formação das CEBs. Organização de grupos em comunidades urbanas e rurais em torno das questões populares, inclusive as da pastoral da saúde.	Vários lugares e regiões do país	A partir de 1960 aos dias atuais ⁴⁶	Igreja Católica
Grupos de pessoas recrutadas das comunidades, denominadas “auxiliares de saúde” foram capacitados para atuar diretamente com a população através de acompanhamentos, conversas, orientações.	Planaltina – DF – Universidade de Brasília	1974 - 1978	Frederico Simões Barbosa
Adaptação do trabalho dos auxiliares de saúde para o sertão cearense quando foram contratadas emergencialmente cerca de seis mil mulheres. Aqui os “auxiliares de saúde” foram chamados de “agentes de saúde”.	Sertão do Ceará	1979 - 1986	Miria e Carlyle Lavor
Atividades de acompanhamento de crianças em situações de risco pela Pastoral da Criança	Inicialmente em Curitiba espalhando-se para todo o país e América Latina	A partir de 1983 aos dias atuais	CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil -
Por ocasião dos excelentes resultados, o programa emergencial tornou-se permanente e foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os até então	Sertão do Ceará	1987 - 1991	Miria e Carlyle Lavor

⁴⁶ As CEBs existem, porém, sua atuação é tímida quando comparada à segunda metade do século XX.

“agentes de saúde” passaram a ser chamados de agentes comunitários de saúde			
A secretaria de saúde do Estado <i>planejou</i> a contratação de educadoras sanitárias a serem recrutadas do seio da população a ser atendida. ⁴⁷	São Paulo	1979 Não houve execução	Adib D. Jatene
Programas de Extensão e Cobertura	Onde aconteceu	Período	Coordenação
Sesp – Monitoramento, assistência médico-sanitária e preparo de profissionais para o trabalho em saúde pública	Vale do Amazonas, Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás	1942 - 1960	Ministério da Educação e Saúde
F.Sesp – Desenvolvia ações através de um grupo que incluía visitadoras sanitárias trabalhando com promoção de saúde, prevenção e monitoramento de grupos de risco	Várias regiões	1960 - 1990	Ministério da Saúde
PIASS – 1ª etapa – Utilizava pessoal das próprias comunidades para implantação de estrutura básica de saúde pública na comunidade com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis	Nordeste	1976 – 1979	Ministério da Saúde
Projeto DEVALE – 2ª etapa do PIASS – Expansão nacional Expansão de serviços básicos de saúde e saneamento para área rural através de agentes de saúde	Começando por Sorocaba e Vale da Ribeira – SP	1980-1985	Ministério da Saúde
Instituição do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde	Iniciado na região NE e espalhando-se por todo o território nacional	1991 até a instalação dos PSF aos quais os ACS estão vinculados	Ministério da Saúde

Ao escreverem sobre o PNACS Silva e Dalmaso (2002, p. 50) afirmam: “[...] serviram de referência para o Ministério da Saúde assumir o Programa, as avaliações de impactos positivos em diversos locais, entre os quais, o Ceará, o Vale do Ribeira, São Paulo[...]”. A afirmação bem como o quadro mostram uma sequência de experiências exitosas (de ordem

⁴⁷ A ideia não foi executada. O fato de ter ocorrido no mesmo período em que a experiência do Ceará estava em prática, mas com denominações diferentes, nos dá margem para pensar que outras experiências possivelmente estariam em curso no país utilizando outras denominações para os “agentes”.

governamental e não-governamental) que serviram de base avaliativa para que o programa fosse assumido e implantado em nível nacional.

Os notáveis resultados do Programa foram avaliados pelo Ministério da Saúde que em 1991 adotou a ideia e o institucionalizou como política de saúde do SUS denominando-o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), implantado inicialmente no Nordeste, tendo sido a Paraíba o Estado que sediou o projeto piloto⁴⁸ “[...] sobretudo, pela relação de integração efetiva entre Secretaria Estadual, Fundação nacional de Saúde e Universidade Federal da Paraíba” (SOUZA, 2001, p. 61-62). Aos poucos o programa foi sendo expandido para os demais estados do Nordeste e paulatinamente foi alcançando as outras regiões do país. A partir de 1994, o PACS funcionou como estratégia de transição para o Programa Saúde da Família, de modo que quando o PSF era instalado num município, os agentes eram incorporados a ele, logo, deixavam de fazer parte do PACS e se tornavam membros das equipes.

O ACS não é fruto primeiro do SUS, mas de valorização de experiências de base, de ordem popular. Por ter sido um desdobramento de importantes experiências ocorridas em várias partes do país, isso nos permite afirmar que o Agente de Saúde é anterior a ele e sobrevive disperso pelo país, como trabalho voluntário, notadamente vinculadas às CEBs da Igreja Católica. Considerando o que diz Werner (1985, p. a 1): “O auxiliar de saúde é qualquer pessoa que participa do trabalho de tornar a sua comunidade um lugar mais sadio para se viver”, e considerando a presença de pessoas nas comunidades que se dispõem a ajudar os outros em seus problemas, sejam de saúde, ou não, como parteiras, rezadeiras, religiosas e/ou outras pessoas em outras atividades, há muito temos auxiliares de saúde. E esse “qualquer pessoa” não tem sentido de pouco valor mas, reconhece que as pessoas tem a capacidade de cuidar do outro e isso é um componente presente na cultura popular.

Embora a atenção primária tenha se tornado eixo de discussões para diversos países na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde em 1978, estes cuidados já eram praticados em caráter informal. É verdade que, a reorganização da assistência à saúde é indiscutivelmente importante e necessária para que se possa alcançar melhores condições no que se refere à qualidade de vida das populações. O que queremos aqui destacar é que os sujeitos em questão não foram pensados previamente para a reorganização da assistência à saúde, eles foram, na verdade, absorvidos pelo sistema e repensados no sentido de conservar suas

⁴⁸ Em 1992, segundo Gonçalves, notadamente na região de Campina Grande.

características originais de membros das comunidades e aos poucos, foram integrados a uma política oficial de Estado.

2.3 – A implantação do PACS em Mari

Caminharemos agora para tentar compreender um pouco do movimento das organizações de base em Mari, considerando em que sentido é possível relacioná-las à implantação do PACS, ocorrida na primeira metade da década de 1990, pouco tempo depois que o Programa começou a ser executado em nível nacional pelo Ministério da Saúde.

Ao procurar a Secretaria de Saúde para termos acesso a fontes documentais que nos oferecessem informações sobre os primórdios do PACS no município, constatamos algo lamentável: a história está se perdendo pela falta de cuidados do poder público com a preservação do patrimônio cultural local. Até onde pudemos ir, constatamos que tudo que se sabe sobre a referida história está registrado apenas na memória das pessoas, dos agentes. Nenhum registro documental sobre a implantação do PACS foi encontrado. Ao solicitar as atas das reuniões do conselho municipal de saúde referentes ao ano de 1993, fomos informados de que no arquivo da secretaria não existem atas anteriores ao ano 2000. A explicação é que nos processos de transição administrativa anteriores a este período muitos documentos foram extraviados⁴⁹. Diante desta lacuna, nossas fontes foram unicamente os próprios ACS, é a partir deles que daremos nossa contribuição para que a memória do passado não se perca, e ao menos parte da história sobreviva. É com base nessa memória que seguiremos. Para investigar o começo da história, nossas fontes foram os primeiros ACS do município. Dos treze pioneiros selecionados em 1994, somente cinco continuam na ativa, e contam atualmente com vinte e dois anos de atuação.

Até 1996 existiam em Mari três posto de saúde: um no sítio Taumatá e dois na área central da cidade sendo um administrado pelo município, e outro pelo Estado que mais tarde também passou a ser administrado pelo município. Estes postos e o hospital Santa Cecília eram as referências municipais em serviços de saúde, sendo o hospital a maior delas⁵⁰.

Em 1998 a pastoral da criança começou a atuar no município com alguns poucos voluntários. Inicialmente, desenvolveu-se o trabalho de acompanhamento de crianças menores

⁴⁹ É importante esclarecer que esta informação tem como base o seguinte fato: a atual gestão 2013-2016 está na administração do município pela terceira vez, tendo sido a primeira e segunda consecutivas de 2000 a 2008.

⁵⁰ O hospital fechou as portas definitivamente em 2009.

de cinco anos num bairro chamado Bairro Vermelho, na época, o mais carente da cidade e provavelmente concentrava maior número de crianças.

Em 1993, Manoel Monteiro Sampaio assumiu a gestão do município na qual o médico Pedro Flavio Maroja esteve à frente da Secretaria de Saúde. No mesmo ano o PACS foi implantado no município. De acordo com o ex-prefeito⁵¹, pouco tempo depois de iniciar a administração, o referido secretário o procurou para falar sobre o PACS explicando que se tratava de um importante programa e que seria bom para o município. Disse então que, após ouvi-lo atentamente, deu o aval para que cuidasse de tudo para a implantação do programa, tendo se preocupado apenas em assinar os papéis. O relato segue com justificativa de que confiava no secretário, especialmente porque era médico e sabia bem o que estava propondo.

Ainda naquele ano, a seleção foi feita e foram selecionados treze ACS, em seleção realizada por uma equipe da secretaria de saúde do Estado. Somente começaram a atuar em 1994, sob orientação de uma coordenação municipal. Abaixo, foto da ocasião da entrega de bicicletas e mochilas aos ACS. Da esquerda para a direita estão o vereador Antonio Angélico, o prefeito, o senhor Manoel Monteiro Sampaio junto com os ACS e na ponta à direita (usando blusa branca) uma enfermeira que segundo informações trabalhava junto ao secretário de saúde.

Foto 1 – Primeiros ACS do município de Mari



Fonte: arquivo pessoal de um ACS – 1994

⁵¹ Fatos relatados pelo ex-prefeito em conversa informal.

Ingressaram em 1994 oito ACS do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Desses, dois se aposentaram, seis deixaram a função por motivos diversos e cinco permanecem atuando, sendo quatro mulheres e um homem.

A seleção se deu por meio de processo seletivo dividido em três etapas: prova escrita, entrevista individual e entrevista coletiva. Na prova escrita constavam questões simples e de ordem prática, específicas ao que seria exigido pela função, por exemplo, o nome do prefeito, se uma pessoa que é discriminada pela sociedade precisasse de você, como a trataria? A entrevista individual preocupava-se em conhecer mais o candidato, buscando explorar a intencionalidade do candidato em relação à função, perguntando o que fazia e onde morava, por exemplo. A terceira etapa dedicava-se à exploração da dimensão relacional dos candidatos com a comunidade, apresentando situações frente às quais pedia-se que cada candidato (a), descrevesse qual seria seu posicionamento frente à ela. Utilizava-se ainda uma importante estratégia de confirmação de respostas quando perguntavam a algum candidato alguma coisa sobre outro, assim possíveis tentativas de construir uma imagem falsa sobre si mesmo poderiam falhar. Eram questões de ordem prática que possibilitavam aos avaliadores perceber um pouco o grau de envolvimento dos candidatos com as comunidades em um nível que a prova escrita não conseguia mostrar.

Os pioneiros contam que não houve ampla divulgação da seleção, ficaram sabendo pelo boca a boca. O relato de ACS da zona rural apresenta elementos importantes para pensarmos as exigências:

[...] uma amiga minha disse Maria tu tai sabendo que tão fazendo inscrição em Mari, aí contou a história né? O último dia é amanhã [...] aí eu não fiz outra coisa a não ser vim pra cá. Só que quando eu cheguei aqui a menina falou: é do primeiro grau ao segundo, a senhora tem? Eu disse: olha, o meu é o primeiro incompleto. Ela disse então a senhora não pode se inscrever, eu disse mas pelo amor de Deus deixe eu me inscrever[...] Ela disse é, eu já sei que a senhora não vai fazer, pode se inscrever, mas senhora lá não vai fazer. Eu fiz a seleção. (BANDEIRA, 2015, p. 6)

Esta afirmativa indica que o fator “escolarização” não foi o critério definidor para a seleção dos participantes. A ausência de questões de língua portuguesa e matemática por exemplo, reforça esse aspecto. Tudo aponta para o fator “envolvimento comunitário” como mais importante naquele começo.

As experiências comunitárias que por ventura algum candidato tivesse ganharia destaque quando, por exemplo, pediam-se provas de algum envolvimento com trabalho. Alguns

candidatos levaram, por exemplo, declarações obtidas na secretaria da paróquia por ocasião do envolvimento com atividades da Pastoral da Criança.

Dos cinco ativos quatro tinham envolvimento em trabalhos comunitários conforme se pode observar nos relatos apresentado por Bandeira (2015, p.7), sobre o que declaram:

[...] quando apareceu o chamado para se inscrever, eles diziam que quem tinha trabalho comunitário já tinha assim... Já levava uma vantagem... Muitos que trabalhavam na igreja, coordenavam grupos religiosos nas comunidades... você já podia levar uma declaração pra já contar como ponto. Deram prioridade pra quem já tinha experiência com a comunidade.

Tinha um pessoal daqui, um grupo... que fazia um trabalho na comunidade... Então a gente acompanhava famílias, entrevistava elas, no final a gente fazia um levantamento e eles recebiam donativos, tanto roupas quanto alimentos. No meu caso eu levei um dossiê sobre essas famílias.

Eu já tinha um trabalho na comunidade como animadora era catequista, trabalhava com as crianças [...] também fui secretária de uma associação comunitária.

Eu era animadora na comunidade e a gente já se preparava assim, fazia mutirão pra fazer casa pra aquelas pessoas que não tinham condições [...] a gente coletava alimentos pra distribuir pelo Natal, São João, quaresma pra distribuir com as pessoas carentes né... ai, eu já trabalhava nesse meio assim.

A questão do envolvimento comunitário era na verdade considerado um importante critério, tendo em vista que se tratava de uma atividade que exigiria dos sujeitos pré-disposição, por assim dizer, para construir e desenvolver relacionamentos interpessoais, coisa que os participantes de trabalhos/grupos populares já detinham. Tal característica saltava mais aos olhos dos avaliadores que a escolarização, pois apontava com mais segurança para a possibilidade de desenvolvimento de um bom trabalho como ACS. Sobre este aspecto, o ex-secretário de saúde do Ceará, responsável pelos primeiros passos do PACS no afirma “Esta relação especial com a comunidade e com o serviço de saúde é a característica primeira do ACS” (LAVOR et. al, 2004, p. 124).

No que se refere ao quadro sanitário do município à época, vejamos a declaração de uma ACS mas, antes de apresenta-la vamos explicar como procedemos na apresentação dos sujeitos. Após a identificação fictícia do sujeito, identificaremos o grupo focal do qual o/a ACS participou, utilizando GF 1 para grupo focal 1, feito com os agentes contratados temporariamente e GF 2 para grupo focal 2, realizado com os agentes que passaram por concurso público e processo seletivo público. Diz a ACS:

[...] naquela época era comum ninguém vacinar criança. O índice de mortalidade era altíssimo, parece que era vinte por ano e quando foi em 2000 caiu já pra cinco ou seis. A gente tinha um alto índice de criança desnutrida, morreu uma criança na minha área pesando um quilo e oitocentos gramas. Era terrível [...] Eu cozinhava na minha casa, fazia cinco refeições e levava na casa da criança pra que ela saísse da desnutrição, assim nós salvamos muitas crianças aqui em Mari. [...] Alguns ACS levava as crianças pra casa no final de semana (referindo-se ao período do seu ingresso:1998) (Safira GF 2)

A declaração da ACS nos dá clara demonstração da seriedade do quadro da época, especialmente do infantil. Considerando que até o referido ano, a Pastoral da Criança ainda não atuava no município, é provável que o número de gestantes sem pré-natal também fosse alto o que certamente contribuiu para outros problemas pela falta de informação às mães.

2.4 – De 1994 a 2016. Vinte e dois anos depois: o que mudou?

O percurso do PACS no município de Mari foi marcado por diversas mudanças. Destacaremos três: a forma de ingresso que por sua vez gerou outras como consequência, tais como: mudança das exigências para a função e precarização da qualidade do trabalho desenvolvido. Com isto, o perfil do ACS também sofreu mudanças. A observação destas em âmbito local nos permite, de certa forma, configurar o panorama nacional, uma vez que estamos tratando de um Programa Federal, o que nos leva a crer que os acontecimentos locais não constituem uma particularidade.

A respeito da forma de ingresso, durante muito tempo, predominou o processo seletivo. Atualmente o concurso público tem sido amplamente utilizado, contudo, há casos de contratos temporários. Encontramos em Mari ACS provenientes das três formas de seleção. Apresentamos no quadro a seguir um breve histórico do Programa no referido município, desde sua implantação até o momento em que foram realizadas as entrevistas, a saber, junho de 2016.⁵²

⁵² Em participação de reuniões posteriores às entrevistas e grupos focais, constatamos que outros ACS haviam sido contratados temporariamente.

Quadro 3 – Histórico do PACS em Mari

Etapas de ingresso e Programa da época	Forma de ingresso/contratação	ACS que ainda permanecem na função desde o ingresso	ACS que tiveram participação em algum trabalho comunitário	Escolarização Exigida na seleção	Responsável pela seleção
1994/PACS	Processo seletivo	6	4	Ensino fund. Incompleto	Equipe da Secretaria de Saúde do Estado
1998/PACS	Processo seletivo	13	9	Saber ler e Escrever	Equipe da Secretaria da Saúde do Estado
2000/PACS	Processo seletivo	14	4	Ensino Fund. Completo/ Saber ler e escrever**	Equipe da Secretaria da Saúde do Estado
2004/PSF	Processo seletivo	7	5	Ensino fund. Completo	Equipe da Secretaria da Saúde do Estado
2010/PSF	Concurso Público	1	0	Ensino médio completo	Empresa responsável (Advise consultoria)
2013/PSF	Contrato temporário	2	1	Ens. Médio/ Ens. Fund. Completo**	Gestão municipal
2014/PSF	Contrato temporário	2	0	Ensino Médio Completo	Gestão municipal
2015*/PSF	Contrato temporário / Concurso Público	6	1	Ens. Médio/ Ens. Fund. Completo**	Gestão municipal/empresa resp. pelo Concurso Público
2016/PSF	Contrato temporário	1	0	Ensino Médio completo	Gestão Municipal
Não informado	Processo Seletivo	1	1	Ensino Fund. Incompleto	Equipe da Secretaria da Saúde do Estado

*Nesse ano cinco ACS ingressaram por concurso público e um por contrato temporário.

** Os ACS divergem quanto a estas informações.

De acordo com o quadro, ocorreram nove etapas de ingresso em três diferentes formas: processo seletivo, concurso público e contrato temporário. Observa-se que até 2004 os ACS ingressavam na função por meio de processo seletivo, sempre sob responsabilidade da secretaria de Estado de Saúde. (Chama atenção o fato de declararem que em 1994 a escolarização exigida tenha sido maior que em 1998. Pode haver um erro quanto à declaração desta exigência, contudo, não foi possível verificar dada a ausência de documentos). A partir de 2011 o ingresso se deu por meio de concurso público e também por meio de contrato temporário.

Em observância a estas formas de ingresso, é possível perceber que depois de 2013 foi iniciada uma prática não permitida por meios legais para a referida função: o contrato temporário. Desde sua implantação em 1994 até 2004 praticava-se apenas o processo seletivo como forma de ingresso. É interessante observar que foi entre os Agentes dos processos seletivos que identificamos a maior parte com histórico de participação em algum tipo de atividade comunitária (os grupos/trabalhos citados foram: pastoral da criança, associação de bairro, pastoral da Igreja e rádio comunitária) enquanto que os temporários não. Esse contraste pode ser visto a partir das falas dos ACS temporários quando questionados sobre suas práticas antes de ser agentes:

No meu caso, antes de ser agente eu era vigilante, segurança. (Ester GF 1)

Antes de ser ACS eu era estudante, fazia cursos mas não tinha nenhum contato com a comunidade. (Sara GF 1)

Eu faz três anos que eu trabalho, tô no lugar do meu pai. (Aarão GF 1)

Eu trabalhava num escritório de consignado (Raabe GF 1)

Sobre isto, é importante ressaltar que na ocasião da implantação do Programa na Paraíba, Souza registra a preocupação das coordenações estadual e nacional em relação às possíveis tentativas de utilização do programa para fins eleitoreiros e por isto, mantiveram-se em estado de alerta para que o perfil do ACS não fosse corrompido. Neste sentido, algumas estratégias foram traçadas, tais como: o estabelecimento de vagas em cada área adstrita, a divulgação na e pela comunidade, existência de uma equipe previamente montada para se responsabilizar por todo o processo seletivo além da fiscalização e sigilo do processo. Após traçar as diretrizes para a implantação do Programa e chegada a hora da seleção para escolha dos ACS, duas alternativas foram cogitadas e defendidas para escolha dos agentes: indicação

municipal (que ficaria a cargo dos gestores) e seleção feita por ONGs. No entanto, uma terceira alternativa que considerava em parte, as duas anteriores, foi empregada. Ficou decidido que

Para ser ACS era preciso: morar na comunidade há, pelo menos, dois anos, ter idade mínima de dezoito anos; saber ler e escrever, ter disponibilidade de oito horas diárias para executar o trabalho. Sua escolha deveria dar-se mediante prova escrita – conteúdos que observassem atitudes e comportamentos – entrevista por área a ser trabalhada, entre os candidatos de cada localidade, após um processo de ampla divulgação e mobilização. (SOUZA, 2001, p. 93)

Souza se refere aos critérios utilizados no processo seletivo como um processo simplificado, bastante específico que, ao nosso ver, conseguia excelentes respostas naquilo que pretendia. Normalmente era organizado e realizado por uma equipe da Secretaria de Saúde de Estado, tudo se dava em um único dia e local previamente reservados pelo município, ao qual cabia ainda, cuidar da oferta de vagas, da divulgação do processo bem como do cumprimento dos critérios exigidos, recepção de inscrições e disponibilização do local para a seleção.

As grandes vantagens dessa forma de seleção eram: exigência de vivência prévia na comunidade o que pressupõe vínculos já estabelecidos; não intervenção da esfera municipal, dificultando assim a possível “negociação” das vagas; maior especificidade na abordagem na prova escrita; realização de entrevistas que exigiam dos candidatos demonstração da capacidade para resolutividade de problemas tendo em vista que eram guiadas por supostas situações frente às quais exigia-se um posicionamento de cada candidato. Este precisava se colocar diante da situação e pensar rapidamente como agiria, destaque-se ainda o fato de que todo processo era realizado no mesmo dia, fato que também contribuía para a redução da possibilidade de fraudes.

Sobre esta forma de ingresso, nos reportamos ainda à nossa experiência enquanto candidata à função em 2004. O processo aconteceu praticamente dentro dos critérios supracitados, a diferença se deu devido ao nível de escolarização exigido, ensino fundamental completo. Coordenada por uma equipe da secretaria estadual de saúde, tudo ocorreu no mesmo dia e turno. Os candidatos já saíam do local sabendo do resultado final da seleção. A prova escrita tratava de questões específicas, apenas. As pessoas selecionadas pela prova escrita passavam por entrevista individual e quem passasse dessa fase ia para a entrevista coletiva, na qual situações eram postas pelos coordenadores, que se dirigiam a alguém e perguntavam o que aquela pessoa faria frente a determinada situação. Nesta etapa foi possível observar que tomavam nota da fala de todos. As questões de ordem prática exigiam dos candidatos capacidade de projeção, de resolutividade. No caso dos ACS de Mari, todos os que ingressaram por seleção receberam formação inicial, normalmente chamado de curso introdutório.

Após um intervalo de sete anos, um novo grupo de ACS foi selecionado, desta vez, a partir de concurso público que tem, ao nosso ver, se tornado um mecanismo que contribui para a descaracterização do perfil do agente, isto porque, embora as exigências sejam muito parecidas, deixam brechas que se constituem uma tendência a tornar o agente um funcionário público como tantos outros. No penúltimo concurso⁵³, por exemplo, exigia-se do candidato aprovado residir na área de trabalho em data anterior à publicação do edital. Já no concurso de 2010, o candidato afirmou ter passado a residir na área de atuação quando começou a trabalhar, tendo vindo inclusive, de outro município.

Em documento publicado em 2002 pelo Ministério da Saúde sobre as formas de contratação do ACS, há uma expressa demonstração de preocupação quanto a esta questão. Segundo este, a escolha dos agentes deve se dar por meio de procedimento seletivo criterioso, mas não o clássico concurso público, uma vez que este verifica apenas os conhecimentos dos candidatos. Entende-se que o adequado seria uma alternativa intermediária, um processo seletivo que não permita indicações livres e que seja devidamente organizado com requisitos previamente estabelecidos em edital, um processo que deve “[...] valorizar, à exaustão, a comprovação dos critérios de liderança e solidariedade, imprescindíveis para o exercício do trabalho dos ACS [...]” (BRASIL, 2002, p.10). Frente a esta afirmativa, entendemos que os municípios têm autonomia para realizar da maneira que considera mais adequada a seleção de seus ACS.

É explícito que não basta dispor de conhecimentos específicos, há algo para além desta característica que, conforme já exposto, é seu grande distintivo, o que poderíamos aqui chamar de “espírito de coletividade”, sem o qual por mais que o sujeito detenha conhecimentos técnicos será difícil exercer a função. Sobre isto consideremos o que se descreve sobre a natureza de sua função (BRASIL, 2002, p.9):

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional *sui generis*. Oriundo da comunidade, como alude a sua denominação, deve exercer uma liderança entre os seus pares, apresentando um perfil distinto do servidor público clássico. Na seleção de um servidor público comum, procura-se, a princípio, a pessoa mais qualificada tecnicamente para o exercício daquele mister. Aqui, não necessariamente. São fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança, a necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca. Os ensinamentos técnicos virão depois, mediante os cursos ministrados pelo Poder Público. Assim, em primeiro lugar, busca-se, para o ACS, um perfil mais social do que burocrático ou técnico.

⁵³ Edital disponível em http://www.advise.net.br/editais/mari_edital_2010.07.27.pdf

Embora a categoria ACS tenha sido reconhecida como profissão em 2002, esses sujeitos não devem ser equiparados à outras categorias profissionais. Eles não são profissionais comuns, por preservarem características não identificadas em outras profissões como a existência exclusiva no âmbito do SUS e a exigência de fixação no local de atuação.

No que se refere aos contratos temporários, a grande questão é a inexistência de amparo legal para esta prática. Vejamos o que dizem as previsões legais sobre esta questão a partir da lei 10.350 de 2006 que cita:

A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. (Artigo 9º)

Em 2014, a lei 12.994/2014 que instituiu o piso salarial nacional dos agentes, cita no artigo 16º: “É vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos, na forma da lei aplicável.” As duas previsões são bastante claras e nos permitem pensar na prática do contrato temporário, tal como verificamos em Mari como expressão da precarização do trabalho da categoria e falta de compromisso com o serviço público, além de infringir a legislação. Os ACS contratados temporariamente declararam que os contratos são de seis meses e renovados por igual período sucessivamente até que se cumpra o tempo dos ACS efetivos retomarem suas funções ou se o contratado quiser deixar o trabalho ou ainda se for de interesse público quebrar o contrato ou não renová-lo.

Este mecanismo de contratação ignora requisitos importantes para o exercício da função, como: residir na comunidade em que atua e receber formação inicial, por exemplo.⁵⁴

⁵⁴No percurso da pesquisa tivemos conhecimento de casos, de outros municípios, nos quais ACS residem não somente fora de área, mas até mesmo em outros municípios. Tivemos a oportunidade de conhecer uma ACS do Estado do Amazonas que afirmou morar fora da área de atuação. São situações que indicam a falta de responsabilidade dos entes públicos com seus profissionais e sobretudo com a população.

3 – OS ACS PELAS DIRETRIZES E OS ACS PELOS ACS DE MARI

Trabalharemos neste capítulo com o que poderíamos chamar de o ideal e o real, ou seja, o ACS como e para que foi pensado (numa visão geral válida para toda a categoria) e como age no seu cotidiano (numa visão limitada ao município do estudo). Veremos quem de fato é o ACS mediante percurso pelas diretrizes buscando especificamente aquilo que o define como educador em saúde. Feito isto, mergulhamos no contexto local da pesquisa para verificar como os ACS estão se definindo através de suas práticas. Aqui, as próprias ações e declarações dos ACS nos mostrarão como o profissional “desenhado” nas diretrizes está refletido efetivamente no contexto local.

3.1 – Percorrendo as diretrizes em busca da dimensão educativa

Dedicaremos-nos a partir de agora a percorrer as diretrizes para os ACS a fim de identificar a dimensão educativa do seu trabalho. As diretrizes que enunciam as atribuições e responsabilidades dos ACS podem ser encontradas em diferentes documentos elaborados a partir de 1991, quando o PACS foi implantado como estratégia de organização do sistema de saúde. O percurso será feito a partir de onze documentos que serão devidamente apresentados.

Antes porém, dois pontos precisam ser destacados. O primeiro deles é que ao destacar o ACS como educador, não há, aqui, nenhuma pretensão em promover confusão ou desvio da identidade profissional do ACS, ao contrário, pretendemos contribuir para ampliar a compreensão sobre ela. O segundo ponto é que nossa busca não implica uma análise exaustiva das diretrizes.

Atualmente, a principal referência de orientação para a atenção básica, nível de atenção do qual o ACS faz parte, é a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) aprovada pela portaria Nº 2.488, que passou a vigorar em 2012. Todavia, não dispensaremos a observação de documentos anteriores, por considerarmos importante verificar o processo de revisão das diretrizes e as alterações ocorridas no decorrer do tempo.

Ao construir importante relato do PACS, Souza (2001) empenha-se em afirmar que as diretrizes do programa não estão acabadas, mas em processo de constante avaliação e reformulação, ao mesmo tempo nos oferece esclarecimentos sobre a concepção que devemos ter ao tomá-las como pauta de discussão:

Sabe-se que as diretrizes do PACS constituem um conjunto de princípios, ideias e concepções fundamentais, que vão formando um corpo doutrinário, a partir das experiências positivas no conjunto de suas ações, orientando, portanto, a sua condução geral e servindo de referencial para o estabelecimento de novas estratégias de implementação das ações básicas de saúde. (SOUZA, 2001, p.68)

Foi neste sentido que a partir de 1991, quando ocorreu a implantação do programa, uma série de manuais direcionados aos ACS começou a ser produzida. O primeiro deles data do mesmo ano da implantação e foi intitulado “Manual do Agente Comunitário de Saúde”, seguido por outras versões, sendo que cada uma delas revisava a anterior por ser um material produzido com base no trabalho cotidiano dos ACS e suas experiências em equipe e nas comunidades. A partir da segunda versão, em 1994, o material foi intitulado “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”. Seguiu-se então uma sequência destas publicações cujo objetivo era oferecer orientação para as ações dos ACS, sendo instrumento para a atenção à saúde na atenção primária. Identificamos quatro desses manuais que aqui serão observados (1991, 1994, 2000 e 2009). Eles cumpriram importante papel no delineamento do programa, especialmente os primeiros por terem sido elaborados quando o programa dava seus primeiros passos, de modo que representam a fase inicial do desenho das diretrizes do PACS.

Assim, faremos a seguir, um percurso por estes manuais, além de decretos e leis observando como são apresentadas as diretrizes para as ações dos ACS. Faremos isto seguindo o traçado linear.

Inicialmente, vale a pena destacar uma importante consideração encontrada em todos os manuais produzidos pelo MS para os ACS: você “é um agente de mudanças”. Esta breve e clara expressão pode ser pensada a partir do próprio Manual do PACS, segundo o qual “O processo de aprendizagem do Agente Comunitário de Saúde não implica apenas no domínio das técnicas de 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” (1991. p. 15). Tendo como referência os excelentes resultados do trabalho dos agentes no Ceará⁵⁵, a expectativa em torno dos ACS não poderia ser diferente, com a expansão do programa para outros Estados, esperava-se uma progressiva mudança no quadro sanitário do país.

Para facilitar a compreensão do percurso que será feito a seguir, registamos desde já, uma observação, feita inicialmente a partir dos sumários e depois a partir da verificação do próprio

⁵⁵Como por exemplo, a redução e doenças preveníveis, aumento da cobertura vacinal e queda expressiva da mortalidade infantil.

conteúdo, que os manuais não sofreram muitas mudanças no tocante aos eixos em torno dos quais foram desenvolvidos, de modo que ao fazermos referência a cada um deles, faremos destaques diferentes.

As primeiras diretrizes estabelecidas foram apresentadas no primeiro Manual produzido, o “Manual do PACS” de 1991⁵⁶. A definição das atribuições dos ACS foi uma das preocupações da coordenação do Programa. De acordo com ela, as ações dos ACS deveriam se basear em três linhas de ação fundamentais, a saber: 1) fortalecimento da organização, valorização e desenvolvimento comunitário; 2) estreitamento do vínculo entre o sistema de saúde com a comunidade; 3) e principalmente, de caráter educativo e preventivo (SOUZA, 2001, p. 104), como desdobramento destas linhas, diversas ações deveriam ser desenvolvidas, tais como:

- Estimular a organização comunitária;
- Participar ativamente da vida comunitária;
- Fortalecer a relação entre os serviços de saúde e a comunidade;
- Incentivar o aleitamento materno;
- Acompanhar o desenvolvimento de crianças e garantir o controle da vacinação;
- Utilização da medicina popular;
- Promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente;
- Promoção da educação em saúde

Esta sumária lista de atribuições é suficiente para termos uma ideia das atividades típicas dos ACS. Pode-se perceber que suas ações seguem em diversas direções.

No manual de 1994 (tiragem de 40.000 exemplares), o ACS é caracterizado a partir da construção de um diálogo do qual destacamos duas perguntas e suas respostas:

O que é o agente comunitário de saúde? O agente comunitário de saúde é um trabalhador que integra uma equipe de saúde local, prestando cuidados primários às famílias da sua comunidade, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, através de ações individuais e coletivas. Afinal, o que faz o agente comunitário de saúde? Servindo de elo de ligação entre a comunidade e os Serviços de Saúde, ele auxilia as pessoas e os serviços na promoção e proteção de saúde; identificação de situações de risco individual e coletiva; Educação para a conquista em saúde; (BRASÍLIA, 1994, p. 25).

⁵⁶Nos demais manuais citados registramos as tiragens. Não registramos deste por não termos localizado o Manual, as informações aqui referidas a ele se baseiam nos registros feitos por Souza (2001). Os referidos registros têm como objetivo mostrar o crescimento do contingente de ACS no país.

Na discussão sobre o trabalho com a comunidade afirma-se que “[...] a ação educativa é a alma do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e através dela o agente partilha o seu saber e também vai aprendendo com as pessoas” (BRASÍLIA, 1994, p. 73). Esta afirmativa é clara e suficiente para nos permitir continuar nosso trabalho afirmando que o ACS é um educador em saúde, portanto, um educador capaz de aprender, como propunha Paulo Freire.

Baseadas nessa premissa, as atividades comunitárias ganham grande importância por serem manifestação da coletividade, espaços de conhecimento pessoal, interpessoal e social.

Ainda em 1994, a portaria Nº 692 de 25 de março cria códigos para a diferenciação de procedimentos do SUS tendo em vista o PACS, existente desde 1991, o Programa de Interiorização do Sistema Único de saúde (PISUS) desde 1993 e a implantação do PSF em 1994, a codificação visava distinguir os procedimentos executados em cada esfera de atendimento. Cada codificação segue acompanhada das atividades concernentes a cada grupo profissional. A atenção dada a este documento deve-se à clara referência feita ao papel educativo do ACS na execução das suas atividades conforme destacamos no artigo 1º:

ATIVIDADES EXECUTADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE SOB A RESPONSABILIDADE DAS SECRETARIAS ESTADUAIS OU MUNICIPAIS DE SAÚDE, CONVENIADAS COM O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE/MS – Componentes: visita domiciliar (atividade externa solicitada e supervisionada por profissional enfermeiro segundo objetivos pré-estabelecidos) [...] atividades educativas com grupo mínimo de 10 (dez) participantes e duração mínima de 30 (trinta) minutos, desenvolvido na área da unidade pública de saúde.⁵⁷

Observemos que o texto destaca o caráter individual e coletivo do trabalho dos ACS.

Em dezembro de 1997, a portaria nº 1886 aprovou as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família regulamentando a implantação e operacionalização dos Programas. Os bons resultados do Programa foram motivos para seu desenvolvimento e a partir de 1994, com a implantação do PSF, sua estrutura foi reforçada. Destacamos entre as diretrizes operacionais do programa para os ACS: “O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade[...]” (1997, p. 4). Como desdobramento das diretrizes operacionais o documento apresenta as atribuições básicas de cada ACS, dentre as quais temos:

⁵⁷ O destaque é dado no próprio documento.

- realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama;
- realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;
- realização de ações educativas referentes ao climatério;
- realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil.

Em 4 de outubro⁵⁸ de 1999, o então presidente Fernando Henrique Cardoso assinou o decreto nº 3.189 que fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS. A partir de então, após oito anos de experiência, o programa estava bastante consolidado. Para termos ideia, de 1994 a 1999, o número de ACS mais que triplicou indo de 29.098 para 111.657⁵⁹. O decreto é composto por cinco artigos, dos quais destacamos dois: o primeiro, no qual é afirmado caber ao Agente Comunitário de Saúde atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e também na comunidade e o artigo segundo que é dedicado a detalhar em sete incisos, as atividades consideradas próprias do ACS em sua área de atuação, entre elas, observemos três:

II - executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;
IV - estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; VI - participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;

Recuperando a sequência da publicação de manuais, temos a terceira edição, do ano 2000 (80.000 exemplares). Esta edição conserva a estrutura da anterior, mas, conforme se podia esperar, o conteúdo continua a expressar os bons resultados do trabalho trazendo, por exemplo, breves depoimentos de agentes comunitários de diferentes Estados.

Desse material, faremos dois destaques, primeiro da visita domiciliar como atividade central, sendo ela própria ferramenta para outras atividades.

⁵⁸Data escolhida para instituição do dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde, criado pela lei 11.585 de 28 de novembro de 2007.

⁵⁹Destaque-se que de acordo com o documento verificado (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 2001) em 1994, o Sul e o Sudeste ainda não tinham ACS enquanto que a região Nordeste detinha o maior contingente (23.532).

A visita domiciliar é uma das atividades mais importantes do agente comunitário de saúde. É através dela que ele vai poder fazer o cadastramento e o acompanhamento das famílias e, principalmente, o trabalho educativo orientando as pessoas como evitar as doenças e cuidar melhor da saúde. (BRASÍLIA, 2000, p. 66).

Em segundo lugar, a promoção da saúde como prática para a qual o ACS está apto a realizar. “Promoção, prevenção, tratamento e reabilitação são quatro tipos de serviço que atendem aos problemas da comunidade, e você é o agente que trabalha com promoção e prevenção da saúde na atenção básica [...]” (BRASÍLIA, 2000, p. 16). O compromisso maior com os dois primeiros tipos de práticas é notoriamente sugestivo pela sua condição de não especialista, o que não significa que o ACS não participe do tratamento e reabilitação, assim como os especialistas não estão impedidos de atuarem na promoção e prevenção. Não se trata de uma exclusão, quer-se dizer aqui que o perfil dos ACS responde com mais proximidade à promoção e prevenção por serem ações de base, em nível primário⁶⁰, como também por ocasião da própria formação, enquanto que o perfil dos especialistas está mais para tratamento e reabilitação. O trecho a seguir corrobora a questão ao perguntar: “Você está percebendo como seu trabalho é fundamental na equipe de saúde e como as ações de promoção e prevenção são importantes para a saúde de todos os povos?” (BRASÍLIA, 2000, p.18).

Em 2001, o MS publicou um documento cujo título é o mesmo nome do programa em questão. O documento é curto e inclui uma breve avaliação. Da apresentação do programa destacamos:

O programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados da saúde. [...] o desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos ACS [...] O ACS deverá desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas (BRASÍLIA, 2001, p. 5)

Na descrição das atribuições são apresentados dezoito pontos, dos quais quatro identificam diretamente ações educativas já citadas na referência à portaria nº 1886.

Numa sequência cronológica tivemos em 2002 a criação da profissão Agente Comunitário de saúde pela lei nº 10.507. O artigo segundo relata: “[...] a profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas [...]”

⁶⁰ Nível primário, de primeiro nível, atenção primária ou atenção básica são todas expressões utilizadas para fazer referência à primeira instância dos serviços de saúde.

Tendo sido reconhecida a profissão, o MS lançou, em outubro 2003, em versão preliminar⁶¹ o perfil de competências profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde elaborado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES)⁶² e pelo departamento da atenção básica do MS. A elaboração do documento analisou as atribuições dos ACS previstas na portaria 1886 identificando cinco eixos estruturantes que deram origem a cinco competências⁶³, sendo que cada uma delas expressa uma dimensão do trabalho do profissional. Nos deteremos a uma das competências, a terceira, segundo a qual cabe ao ACS:

Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação social e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde (BRASÍLIA, 2003, p. 20).

Cada competência exige habilidades e conhecimentos necessários para a efetivação das ações que lhe são correspondentes. Para a competência supracitada, são elencadas oito habilidades necessárias, das quais destacamos três:

1) Propiciar a reflexão acerca dos problemas de saúde junto aos indivíduos, grupos sociais e coletividades de acordo com as características sócio-culturais locais; 2) Estabelecer propostas e processos intersetoriais, visando ao desenvolvimento do trabalho de promoção da saúde; 3) Apoiar as políticas de alfabetização de crianças e adultos; (BRASÍLIA, 2003, p. 20, 21).

Em relação aos conhecimentos também necessários para cumprir às exigências da competência, destacamos quatro dos quatorze:

1) Conceitualização de intersetorialidade, enfatizando as relações entre saúde e alimentação, moradia, saneamento básico, ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer; 2) Conceitos de informação, educação e comunicação: diferenças e interdependências; 3) Formas de aprender e ensinar em educação popular; 4) Cultura popular: formas, manifestações e sua relação com os processos educativos; (BRASÍLIA, 2003, p. 21, 22).

⁶¹Documento foi disponibilizado para consulta pública de 31 de outubro a 31 de dezembro do de 2003.

⁶²O Departamento é vinculado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES/MS) e coordena a implantação da Política Nacional de Educação Permanente.

⁶³Entenda-se por competência a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios do campo profissional, demonstrando iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades.

Como vemos, para cada ação o trabalhador precisa fazer uso de diferentes habilidades e conhecimentos para que sua ação possa alcançar maior êxito. Estes destaques apontam diretamente para a importância da formação permanente como necessária.

Abrimos um parêntese para registrar uma questão pertinente. A partir de 2003, primeiro ano do governo Lula foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Gestão do Trabalho e educação na saúde (SGTES) para assumir a responsabilidade de formular políticas públicas para orientar qualificação dos trabalhadores do setor saúde. A SGTES tem investido na formação profissional com implicações tanto na ampliação da escolarização dos trabalhadores quanto na formação/educação permanente.

Dito isto, retomemos nosso percurso pelas diretrizes.

Em outubro de 2006, a Lei 10.507 foi revogada pela 11.350. Nesta, temos de forma resumida, a descrição as atribuições dos ACS no parágrafo único do artigo 3º

São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação: I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

De acordo com nossas investigações, esta é a única lei que trata das atribuições. Como temos visto, estas estão dispostas em portarias, manuais e outros materiais.

Em 2009 foi publicado o quarto manual “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (tiragem: 235.000 exemplares) que embora revisado, segue os mesmos eixos de conteúdo, com algumas diferenças na forma de abordagem e organização, no entanto, os textos de apoio foram suprimidos. O trabalho educativo é reafirmado numa perspectiva de troca de conhecimentos destacando a tendência freireana:

Segundo o educador Paulo Freire, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou sua construção [...] O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde. [...] Educar é um processo de construção permanente (BRASÍLIA, 2009, p.50).

Finalmente em 2012 foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica como resultado da revisão das diretrizes e normas vigentes para a Atenção Básica. No que concerne às atribuições dos profissionais, observemos duas das específicas para os ACS.

Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças. (BRASIL, 2012, p. 49)

Sendo este nosso último referencial de busca, é possível afirmar claramente a dimensão educativa como essencial para o trabalho dos ACS, o que requer a garantia de condições e meios para que se possa fortalecer a formação deste educador *sui generis*. Todavia, é importante lembrar que além das diretrizes, a única previsão legal sobre as atribuições em questão está descrita em termos gerais na lei Nº 11.350, já citada. Todavia, não existe ainda uma lei específica para esta finalidade, ou seja, que assegure aos ACS uma definição mais sólida do seu papel que os torne menos vulneráveis quanto às exigências feitas à categoria. Em conversa com ACS de outros municípios pudemos verificar um pouco da manifestação dessa condição de vulnerabilidade. Podemos citar algumas coisas das quais tivemos conhecimento a partir da conversa com ACS de outros municípios. Na cidade de Sapé, por exemplo, os ACS não digitam produção e não fazem registro numa ficha chamada SSA2 (abolida após o E-SUS), em João Pessoa também não, em Mari as duas coisas são feitas. A fixação das atribuições em lei é inclusive, uma das pautas de luta da categoria e deverá garantir que esse tipo de diferença quanto a determinadas exigências não seja praticada.

Tendo chegado a estes fatos, compete a nós agora compreender a dinâmica de trabalho dos ACS de Mari a fim de identificar as diferenças e semelhanças entre o que praticam e o que está previsto. Para isto, faremos alguns destaques explorando algumas definições permitidas pelos textos (diretrizes e dados coletados).

Entendendo que as práticas dos ACS devem estar em consonância com as previsões, faremos um trabalho paralelo de exploração dos dados provenientes dos GF, entrevistas e diários comparando o que está previsto e o que se pratica⁶⁴ atentando também para a percepção que os ACS têm de si mesmos em relação ao seu papel enquanto educadores, ou seja, como pensam aquilo que fazem, uma vez que não basta fazer, mas pensá-lo conforme afirma Freire:

⁶⁴ Nas ocasiões das apresentações das falas dos GF, nem sempre apresentaremos as questões que orientaram as falas, isto porque várias vezes os participantes fazem um movimento temático nas falas entrelaçando-as.

“É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática.” (2011, p. 40). Trata-se de uma necessária reflexão da relação teoria/prática, um exercício necessário para que a teoria não se converta em blá-blá-blá nem a prática em puro ativismo, conforme reforça ainda o autor. Este movimento, orientado pelos princípios do método hermenêutico dialético, nos permitirá identificar como as previsões legais estão sendo refletidas na prática dos ACS de Mari.

A frequente referência aos ACS como “agentes de mudança” não é utilizada apenas como boa combinação de palavras útil à imagem do programa. Consiste numa expressão de cunho político em cuja tendência o Programa se apoia. Está bastante claro que o posicionamento desses sujeitos nas comunidades deve ser de problematizadores da realidade, no sentido de contribuir para que as pessoas compreendam a importância da sua atuação na busca por soluções para os problemas individuais e coletivos, bem como da importância da força coletiva. Em momento algum vemos nas diretrizes a previsão da atuação do ACS como um agente de reprodução, que deve direcionar a ação dos indivíduos, mas de alguém que mostra caminhos possíveis.

Sobre esta perspectiva, vejamos o que diz Souza ao narrar a implantação do Programa na Paraíba:

A expectativa dos enfermeiros (instrutores/supervisores) dos Agentes Comunitários de Saúde era receber da coordenação estadual os conteúdos e métodos de ensino para a capacitação dos ACS prontos, acabados, numa pedagogia de transmissão, ou seja, assumindo o “velho” papel de receber o que o professor e/ou os livros lhe oferecem [...] daí, a necessidade de uma reflexão coletiva acerca de algumas questões [...] Qual a proposta pedagógica a ser adotada no processo de “formação” dos Agentes Comunitários de Saúde? [...] A opção foi percorrer o caminho da pedagogia de Paulo Freire (2001, p.101)

Frente ao exposto, temos além da constatação de que o ACS é um educador em saúde, que a educação por ele promovida é uma educação que pretende promover a tomada de atitudes por parte dos sujeitos, ficando bastante claro que estes sujeitos bem como as diretrizes para seu trabalho, foram pensados numa perspectiva progressista.

Como reflexo da perspectiva crítica em torno da qual giram as diretrizes para os ACS, convém destacar dois aspectos presentes em todos os documentos visitados: que *o ACS é um promotor da saúde e trabalha com práticas individuais e coletivas*. Dentro do que os textos nos

permitem, trabalharemos inicialmente com as definições desdobrando-as em discussões considerando o contexto dos ACS de Mari.

3.2 – O ACS como promotor da saúde

A recorrência da afirmativa “*o ACS é um promotor da saúde*” não consegue passar despercebido ao leitor mais desatento e sugere atenção. Para compreendê-la melhor importa prestar os devidos esclarecimentos sobre o que se entende por “promoção da saúde”.

A expressão tornou-se recorrente, especialmente, a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986⁶⁵ de onde resultou a carta de Ottawa que passou a ser o documento referência para orientar as políticas de promoção da saúde. Com base nessa informação, nos apoiaremos nela para esta compreensão. De acordo com a carta, “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de *capacitação da comunidade*⁶⁶ para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

Outro detalhamento é encontrado em material destinado aos ACS com especificações sobre seu trabalho, segundo o qual

Ações de promoção à saúde são aquelas que vão contribuir para proporcionar *autonomia ao indivíduo e à família*⁶⁷, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde, relacionadas ao modo de viver, condições de trabalho, educação, lazer e cultura. (BRASÍLIA, 2009, p.16)

Observemos que ambos os esclarecimentos referem-se à promoção da saúde a partir do processo de capacitação das pessoas como eixo da elucidação. Diante disso, podemos então elaborar a seguinte pergunta: como efetivamente se dá a capacitação da comunidade? A segunda citação oferece caminho para uma resposta quando sugere que a oferta de informações é capaz de produzir mudança nos comportamentos.

Ora, toda ação humana é movida por um interesse, pela espera de uma resposta, ainda que inconsciente ou que não seja imediata ou mesmo que não aconteça. Assim, com base nas

⁶⁵ A conferência aconteceu na cidade de Ottawa no Canadá

⁶⁶ Grifo nosso.

⁶⁷ Idem.

elucidações acima descritas, oferecer informações significa dar algo (a informação) e esperar algo como resposta (a mudança de comportamento(s)).

Esta ideia, contudo, não reflete a “lógica de transmissão” que apoia a crítica freireana à educação de cunho tradicional, mas quer lembrar que a ação humana nunca é neutra, Freire afirma isto enfaticamente em *Pedagogia da Autonomia* “Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra” (2011, p. 75).

Assim, supõe-se que o/a ACS espera que ao levar informações às famílias, elas possam utilizá-las para melhorar minimamente seus comportamentos e como consequência sua qualidade de vida. Tomemos um exemplo ilustrativo: um ACS visita periodicamente um fumante e conversa sobre os diversos danos causados pelo vício (à saúde, à economia doméstica, ao meio ambiente etc.) e também apontando e dando ênfase aos benefícios que podem ser alcançados por quem consegue livrar-se dele. O/A ACS oferece informações que permitem àquele sujeito refletir sobre seu comportamento e esforçar-se para mudá-lo. É verdade, que não há garantia nenhuma de que o fumante ao menos se esforçará para parar de fumar, a única certeza que se pode encontrar nessa situação é a do esforço empreendido para que a informação/mensagem seja transmitida e alcançada pelo interlocutor/usuário. Contudo, a recepção e apreensão da mensagem é pressuposta, não se sabe se haverá esforço do sujeito para compreendê-la e aceitá-la, pois, espera-se a mudança, ela é o objetivo, todavia “[...] é uma situação potencial que o ato de educar vai realizar ou tentar realizar”. (HANNOUN 1998, p. 16). Há aí uma aposta.

Nesse sentido, quando se promove saúde, espera-se que as informações oferecidas a alguém possam ser usadas para superação de uma determinada condição para alcançar outra melhor que aquela em que se encontra e neste ponto há um consenso necessário de que sempre há algo/no que melhorar. Hannoun nos ajuda a seguir com a questão ao apresentar a perfectibilidade como um dos pressupostos fundamentais da ação educativa: “Todo indivíduo, seja qual for seu estado social, mental e moral presente, pode elevar-se para um estado social, mental e moral mais perfeito”. (1998, p. 18). A perfeição aqui deve ser entendida como ideal a ser seguido por toda pessoa seja qual for o estágio da vida. Na qualidade de seres imperfeitos e inconclusos, a perfectibilidade deve nos mover. De acordo com esta ótica, trabalhar com a informação significa também ter comprometimento com a causa e não ser apenas portador de informações cuja preocupação é simplesmente “sua entrega” ou “seu depósito” usando uma expressão freireana. Importa saber se determinada informação foi recebida e de que maneira. Significa dizer que, promover saúde é educar em saúde numa perspectiva crítica.

Assim, a dimensão educativa do ACS é anunciada não somente pelas expressões “ações educativas” e “atividades educativas”, recorrentes nos textos das diretrizes, mas também pela “promoção” e “prevenção” da saúde. Todas estas expressões congregam em si uma série de práticas educativas possíveis e afirmam esse sujeito como educador em saúde. Conforme afirma Souza, o processo de delineamento das ações dos ACS foram pensadas por vertentes diferentes, contudo, “[...] ficou reafirmado o papel central dos ACS: promotor da saúde, educador da saúde” (2001, p. 94).

Vamos aos Grupos Focais no ponto em que a “informação” aparece nas falas como algo determinante para o trabalho dos ACS a fim de identificar a maneira como eles compreendem e tratam a questão⁶⁸:

Nessa parte de nós sermos ou não educadores, eu penso que: o que é que um professor faz em sala de aula? Ele tá justamente passando informação verdadeira e tá educando aquela criança, aquele jovem e é justamente o que a gente faz, a gente também precisa passar informações verdadeiras [...] ou seja, eu vou estar educando aquela comunidade. (Jonas GF 2)

A gente educa com a informação, faz que a pessoa mude seu modo de pensar, ver, agir também e as pessoas também nos educam e nos informam com coisas repassadas numa visita, até numa palestra na nossa área. (Raquel GF 2)

Eu me cobro muito pra passar para àquelas pessoas a informação certa, não inventar, não mentir e sim levar a informação correta e trabalhar... (Marta GF 2)

Muita gente usa a gente somente como portador de informação: e o dentista e o médico? Aí a gente tem que saber as informações pra passar porque se a gente não souber, mais pra frente pode ver que a gente vai ouvir reclamação (Sara GF 1)

Vemos aqui que a informação é tratada no sentido da promoção da saúde por esperar dos usuários uma mudança de comportamento, no entanto, por hora, fica a dúvida sobre a espera do ACS em torno da mudança, em que sentido atua nesta espera? Isto é, como lidam com as informações no sentido de criarem expectativas em relação a possíveis mudanças? Buscamos em outras falas o caminho para entender como são criadas essas expectativas.

Além da gente informar, você tem que quebrar paradigmas, tem muita gente que pensa de um jeito mas é de outra forma e até que aquela informação que eu tô levando mesmo sendo verídica e você mostrando os fatos, entre na cabeça de uma pessoa e ela passe a acreditar naquilo que eu tô dizendo, leva um tempo, é gradativo porque a questão cultural é muito forte. (Jonas GF 2)

⁶⁸Todos os relatos apresentados mantêm a ortografia original da escrita dos ACS.

... Quando a gente chega na casa que a pessoa ainda quer usar aquele barrinho dos marimbondos assim, colocar no umbigo da criança ou colocar sarro de cachimbo⁶⁹ e a gente vai tirar aquela cultura, eu acho eu tô sendo educadora dizendo que tem o álcool setenta que ela pode tá utilizando, isso é importante. Esse álcool que ela vai colocar no umbigo vai ser melhor que o sarro do cachimbo? Quem sabe, vamos fazer. Eu acho que a gente tá plantando sim alguma coisa e a educação é assim, não é você vai e pronto [...] vai mudando aos poucos (Marta GF 2)

A gente tenta muito não condenar esse pensamento porque você vai tá infringindo o pensamento daquela pessoa então, ela não vai aceitar o que você tá falando, você só tenta dizer o que é melhor, que já tem coisas melhores (Jonas GF 2)

Eu olho pra minha área e vejo nitidamente que as pessoas se educaram, foi a longo prazo. Porque não adianta esperar da educação uma coisa como se fosse uma mágica. Não é. (Safira GF 2)

Se bem observarmos, perceberemos que a primeira e a terceira fala são do mesmo ACS que no primeiro momento, reconhece que lidar com o trabalho informativo é complexo e às vezes, lento em seus resultados. Mas, além disso, afirma que há uma maneira certa de pensar. Na sua segunda fala, Jonas contradiz a primeira e dá a entender que a mudança que espera dos usuários é uma mudança de teor mais impositivo tendo em vista que considera “sua informação” como verdadeira. Acontece que isso não nega a crença do que o usuário entende por correto. Além disso, esses costumes de origem popular garantem culturalmente certa busca de autonomia aos moradores para resolverem seus problemas recorrentes de saúde, especialmente em áreas isoladas, onde é difícil assistência médica. Num espaço urbano, o ACS tem mais chances de obter sucesso com suas orientações. De qualquer forma, é preciso cautela para realizar seu trabalho, sem impor uma postura e negar os legados culturais que acompanham os sujeitos, muitos deles aprendidos de outras gerações e que fazem parte de suas identidades, de tal modo que contradizê-los diretamente, sem ouvir suas convicções, implica desrespeitar seus valores históricos e até mesmo afetivos de sobrevivência com recursos locais.

Conforme exemplificado na segunda fala por Marta, o elemento cultural é forte e não menos importante que o saber técnico, contudo, lidar com a informação do uso de um recurso mais avançado numa situação como a exemplificada, não deve pretender substituir a crença do

⁶⁹A ACS se refere a práticas de origem popular comuns em comunidades/cidades interioranas, principalmente entre pessoas idosas que viveram em espaços rurais. São transmitidos de uma geração para outra. Muitas pessoas ainda depositam crença nelas e as praticam. No caso citado, a ACS trata de uma situação em que se acredita que o barro utilizado por determinado tipo de marimbondo para fazer sua “casa”, adicionando-se cinza do cigarro de palha, é um bom remédio para ser usado no umbigo do recém-nascido nos primeiros dias de vida, pois o ajuda a cicatrizar e cair. Algumas mulheres ainda insistem que suas filhas e netas sigam o costume. Não temos notícias seguras da eficácia desse tipo de procedimento, o que exigiria estudo especializado sobre o assunto.

usuário, conforme sugere a segunda fala, mas lhe apresentar outros meios de agir em determinada situação, isto porque, conforme defende Freire “[...] ensinar não se esgota no “tratamento” do objeto ou do conteúdo” (2011, p.28) mas, exige certa sensibilidade no tratamento do diferente. Neste sentido, o autor afirma que não é possível pensar certo sem respeitar princípios éticos, lembrando-nos que só há um pensar certo quando o discurso é refletido pela prática. Todavia, seja qual for a postura e o esforço empregados numa ação, não há garantia que a/s mudança/s aconteçam no tempo esperado.

Há ainda outro sentido para a “informação”. Trata-se de um sentido mais utilitário e refere-se às necessidades diversas que o município tem de efetuar levantamento de dados em seus diversos setores e para isto recorre-se aos ACS. Houve momentos em que recorria-se aos agentes para efetuar levantamentos de interesse das secretarias de educação e ação social (como o número de crianças fora da escola, por exemplo). A este respeito observemos os comentários a seguir: “Muita informação que se precisa parte de nós né? Escolar, saúde, sempre eles pedem listas” (Raquel). “Qualquer informação, qualquer coisa que tenha para passar pra comunidades são os ACS” (Saulo)

Os agentes foram então questionados sobre como pensam sua função enquanto promotores da saúde e educadores em saúde e uma importante declaração foi feita, vejamos:

Eu acho assim, que o sistema tem uma lacuna muito grande em relação a isso porque nosso trabalho não é medicina curativa e sim educativa, a gente tem que prevenir; sendo que atualmente é tanta sobrecarga... Que o trabalho do ACS tá deixando de lado a parte mais importante que é a promoção e prevenção, que é o lado educativo. (Safira GF 1)

A declaração mostra que a ACS em questão tem muita clareza quanto à finalidade do seu trabalho em comunidade; contudo também afirma que este trabalho tem sofrido intervenções identificadas como “sobrecarga” e não tendo isto, ficado suficientemente claro, chama nossa atenção para os efeitos que podem estar causando na dinâmica de trabalho da categoria. Um pouco à frente traremos falas que explicarão melhor o que a ACS pretende dizer.

3.3 – As práticas individuais e coletivas

O segundo aspecto a ser destacado é que os ACS *trabalham com práticas individuais e coletivas*. Para melhor compreendê-las, as trataremos separadamente, contudo, em termos

práticos elas devem fazer parte de um movimento paralelo contínuo, isto porque nenhum dos tipos de prática consegue sozinha dar conta do complexo trabalho de acompanhamento de uma comunidade.

Tratemos primeiro das práticas individuais. Para outros profissionais como médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, por exemplo, quando se fala de atividades individuais, considera-se o atendimento individualizado no consultório no qual normalmente estão incluídos o profissional e o paciente. No caso do trabalho do ACS, considera-se atividade individual aquela que ocorre normalmente nas casas onde as pessoas vivem, mesmo quando outras pessoas da família participam direta ou indiretamente, de modo que, esta atividade “individual” pode incluir mais de uma pessoa. Este tipo de situação que inclui ACS e usuário ocorre de maneira bem diferente de como acontece na UBS onde o contato usuário-profissional é mais restrito. É certo que na casa do usuário há mais interferências, mas também maiores e melhores possibilidades de compreender os determinantes das problemáticas de vida dos sujeitos. Há mais espontaneidade e abertura na conversa, ali muito do que o é dito pode ser verificado.

Este breve esclarecimento sobre o que se considera atividade individual, pretende mostrar como se diferencia para os profissionais que atuam na UBS e para os que atuam fora dela. É preciso reconhecer que neste caso, o espaço de atuação do ACS oferece mais e melhores condições de para compreensão dos dilemas dos usuários.

Para os ACS este tipo de atividade ocorre principalmente⁷⁰ por ocasião da realização das visitas domiciliares (doravante VD) que é um dos instrumentos de trabalho dos ACS. Assim, considerando que as práticas individuais fazem referência às VD, nos deteremos a algumas questões relativas à esta atividade.

Conforme a própria terminologia sugere, trata-se de uma atividade realizada no espaço domiciliar, centrada na estrutura familiar. Importa destacar que o trabalho com famílias é um imperativo para o PACS por ser esta a estrutura fundamental do tecido social sendo também o ponto de partida da ação do ACS porque alcançar famílias significa alcançar a base estruturante da sociedade. Referindo-se a esta estrutura, Wanderley considera que “[...] o trabalho pedagógico com famílias é o de reforçar a capacitação dos seus membros para que resgatem a autoestima e avancem na condição de cidadãos” (2010, p. 90). Tal afirmativa corrobora o que já foi dito sobre promoção da saúde.

⁷⁰ Há outras situações em que o ACS é abordado pelo usuário em outros espaços e não se pode negar a uma conversa e dar orientações, pode ser na rua ou mesmo na casa do/da ACS onde algumas pessoas o/a procuram.

Em 1995, o MS organizou um roteiro de visita domiciliar (tiragem: 25.000 exemplares) com vistas a orientar os ACS nessa atividade. Trata-se de um material bastante didático pensado para facilitar o diálogo, a troca de saberes e fazeres entre os ACS e as famílias conforme é afirmado na apresentação da cartilha. É pois, também da junção desses dois elementos: conteúdo e método, que dependem os bons resultados do trabalho do ACS. “O roteiro é uma oportunidade para ensinar e aprender. É bom fazer perguntas não só para conseguir informações, mas também para levar as pessoas a pensarem de novas maneiras” (BRASÍLIA, 1995, p.4). Contudo, é preciso entender que as orientações não são uma prescrição, nem poderiam ser, haja vista que cada família, área, bairro e cidade possui suas singularidades e devem ser tratadas da maneira mais adequada para que a atividade tenha êxito, ou seja, não há uma maneira, mas várias, pois além das diferenças, é preciso considerar as imprevisibilidades. O ACS pode ir à uma casa realizar a VD⁷¹ com um objetivo e ao chegar lá, depara-se com situações que exigem um redirecionamento da ação, conforme mostra o trecho a seguir,

Uma coisa interessante assim... O horário de visita, o pessoal fala: você gasta vinte minutos, você gasta mais. Não tem horário pra uma visita porque tem visita que não leva cinco minutos [...] mas tem pessoas que levam duas horas só pra conversar [...] às vezes eles querem só uma pessoa pra eles chorar. (Safira GF 2)

Vemos pois, o ACS precisa assumir uma postura resiliente sob pena de tornar sua prática insensível. Pode ser que numa família exista, aos olhos do agente, determinadas questões a serem tratadas naquele momento e a pessoa pode querer tratar de outro assunto ou apenas querer ser ouvida, ou seja, as circunstâncias não são determinadas por ele. Um claro exemplo disso acontece frequentemente com pessoas idosas pois, normalmente são mais carentes de atenção e aproveitam a visita do ACS para contar histórias ou nos encher de perguntas.⁷² São situações que não podem ser encaradas sob um prisma técnico.

É na, e a partir da VD que os ACS constroem e fortalecem vínculos e relações. Sem essa construção, o trabalho torna-se inviável, pois embora conheça todas ou quase todas as pessoas da comunidade, no início da sua atuação, o ACS não tem relação de proximidade com todos,

⁷¹ Há ocasiões em que quando o ACS vai à uma casa para realizar a VD, a/as pessoa/s estão em outros lugares que não o domicílio, como um espaço comercial de sua administração, por exemplo. Dependendo das circunstâncias, o ACS realiza a visita também nesses espaços e em alguns casos é necessário que a VD aconteça neles pois, dificilmente as pessoas são encontradas em casa nos horários de trabalho do/da Agente.

⁷² É interessante destacar nesse ponto as diferenças culturais entre estas pessoas e a nossa geração. Seus referenciais culturais são outros, tiveram como prioridade o casamento, a maternidade e o cuidado da família, por isto, perguntas sobre estas coisas são frequentes e comuns.

possivelmente alguns sejam conhecidos apenas “de vista” como se costuma dizer. Embora tenha conhecimento do contexto comunitário, dos problemas coletivos e das organizações locais, é necessário estreitar os laços porque o tipo de relação a ser construída enquanto ACS é diferenciada porque exige um nível de aproximação que permita alcançar elementos da intimidade familiar.

É na VD que os ACS ouvem as pessoas, tomam parte de seus problemas, muitas vezes de seu contexto pessoal e podem compreender como se desenvolve a dinâmica de vida das pessoas e famílias e, a partir disso, interagem com as pessoas desenvolvendo um diálogo. Esta participação é potencializada por um detalhe com base no qual se constitui a credibilidade do ACS perante a comunidade de atuação: sua presença frequente.

A construção dessa relação dos ACS com as pessoas, abre-lhes portas que outros profissionais não conseguem acessar. Embora se saiba que a estratégia ESF tem seus fundamentos na construção de vínculos com a comunidade, por isto trabalha a partir do conceito de territorialidade. Dos componentes da ESF, os ACS são os que têm maior capacidade de se relacionar bem com a população. Três fatores se inter-relacionam corroborando esta afirmativa: 1 – Os ACS vivem nas comunidades em que trabalham; 2 – São os membros da UBS que fazem parte do mesmo contexto e nível social dos demais usuários dos serviços⁷³; 3 – Em geral, permanecem nas equipes por mais tempo que seus demais componentes (há entre os outros profissionais, especialmente entre médicos, maior frequência de rotatividade ou porque saem do trabalho ou porque são transferidos de setor pelas gestões).⁷⁴ Estes fatores fortalecem a crença no comprometimento com as causas coletivas e conferem aos ACS um incrível nível de confiabilidade.

Vasconcelos afirma que é no atendimento individual que os profissionais gastam mais tempo “[...] é o instante em que as pessoas mais se abrem à palavra do agente de saúde. É um momento-chave, se bem que curto, para a intensidade da relação que nele se dá. É curto devido ao fluxo de pacientes [...] é um espaço educativo tão rico e ao mesmo tempo tão curto” (1989. p. 35,37). O fator tempo é um desafio para os profissionais de saúde da Atenção Básica porque as demandas são grandes e surge aí um dilema porque, atender bem inclui ouvir as pessoas e conversar, tentando contribuir para a compreensão dos determinantes dos problemas. O

⁷³ A maioria dos profissionais de nível superior tem origem em classes mais privilegiadas e por isto possuem uma formação muito diferente da do povo não conseguindo ou não se preocupando em ler o mundo das pessoas com as quais trabalha.

⁷⁴ Esta afirmação tem como base a realidade do município em questão no estudo. Na unidade na qual trabalhamos, por exemplo, no período de dez anos, houve mudança de médico sete vezes, de enfermeira uma vez, de técnica de enfermagem duas vezes e nenhuma mudança de ACS.

profissional que se preocupa com este comportamento exerce o papel de educador em saúde numa perspectiva política e não meramente técnica. Contudo, as demandas geralmente são grandes e se o profissional não assumir seu trabalho como um compromisso social e sua preocupação maior for atender o maior número de pessoas possível, a qualidade do atendimento é colocada em xeque e a relação com a comunidade se fragiliza suprimindo a politicidade da ação.

É claro que o tipo de postura assumida pelo profissional depende diretamente da formação recebida o que significa que ao observarmos o comportamento de um grupo de profissionais, devemos levar em consideração seu processo formativo, suas ênfases. Desdobraremos esta questão adiante.

Vejam os que os ACS de Mari disseram sobre visitas domiciliares (VD). Ao serem questionados (GF 2) sobre o que consideram mais importante no trabalho do ACS, sem o que não poderiam se considerar tais, responderam: “Fazer visitas” (Aarão GF 2). “As visitas” (Raquel). Não houve discordância e diante da forma enfática como responderam foram questionados sobre o que a VD tem de tão importante para ganhar o estatuto de atividade principal e uma das respostas foi: “A gente trabalha em cima de visita” (Aarão GF 2). As outras participantes não demonstraram discordância dos demais sobre a questão embora não tenham se expressado verbalmente.

A ênfase dada à visita domiciliar também pôde ser constatada ao observarmos os diários dos ACS. Os trechos a seguir foram retirados de uma rotina semanal registrada por cinco ACS diferentes e em nenhum deles os registros foram feitos sem referência direta à atividade:

Mais um dia de batalha, comecei o meu dia fazendo uma visita a uma acamada junto com a técnica de enfermagem esta acamada se nega a ser acompanhada pela médica [...] também fiz visitas domiciliares e cadastramento do E-SUS, entreguei os provisórios do cartão SUS e assim conclui o meu dia. (Dalila)

Hoje o dia foi muito corrido, pela manhã tivemos visitas domiciliares, fui com a médica e a técnica de enfermagem e tivemos três visitas [...] A tarde nos encontramos no salão da igreja católica (Bom Pastor) para nossa reunião mensal. (Dâmaris)

Saí de casa e fui em direção à rua Davi Nicodemos para fazer visitas [...] Fiz mais quatro visitas. [...] De tarde voltei à mesma rua pra encerrar as visitas. Foram mais sete famílias. Por sorte encontrei todas as casas abertas. (Isabel)

Neste dia me organizei para fazer visitas na casa de pessoas que tem crianças menores de dois anos de idade [...] Sai de casa aproximadamente às 08h00min da manhã, fui a unidade para assinar o ponto e depois comecei fazer minhas visitas. Há tarde eu havia esquecido não fui pesar e sim fazer visitas na casa

de pessoas domiciliadas com a médica. Fomos a quatro casas e a médica consultou cinco pessoas. (Salomé)

Saindo para a unidade de saúde [...] e em seguida ir para área realizar visitas domiciliares [...] Visitar crianças com vacinas atrasadas para mais uma vez conscientizar as mães da grande importância de manter as vacinas em dia. (Tamar)

Diante do exposto, percebemos que a VD enquanto atividade individualizada está sendo priorizada o que demonstra claramente que está sendo entendida e tratada pelos ACS não como um dos instrumentos de trabalho, mas como o principal e mais importante, conforme revelado. Há aqui um risco iminente de sobreposição de um tipo de atividade sobre outra. Isto não significa que a VD não seja um rico espaço de trabalho, contudo, é preciso reconhecer seus limites, afinal, a VD é uma atividade de acompanhamento conforme previsto no capítulo IV da PNAB onde se pode ler as atribuições específicas de cada membro da ESF “Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade” (2004, p. 49).

A centralidade dada à VD pode comprometer outras potencialidades do trabalho do ACS. Há ainda o risco do que poderíamos chamar de padronização da ação devido à forte tendência em converter a VD em prática técnica na qual o ACS chega, cumprimenta a/as pessoa/as, pergunta como está/estão e depois da resposta pede para alguém da casa assinar sua ficha de visita, se despede e vai embora para voltar no mês seguinte. Lamentavelmente esse tipo de situação é real⁷⁵ e se frequente, pode tornar o ACS um simples cumpridor de tarefas não refletindo de modo algum o título “Agente de mudanças”. A este respeito, Vasconcelos afirma que é preciso

[...] procurar e desenvolver técnicas de atendimento que nos permitam uma maior eficiência. Mas esta pressa tem o seu limite. Não podemos deixar que este momento tão importante da relação com a população se transforme em algo massificante, rotineiro, impessoal e sem eficiência (1989, p. 35).

Não estamos afirmando a visita domiciliar (VD) como uma prática estéril, estamos sim, reconhecendo seus limites e os riscos que pode oferecer se não for devidamente planejada e praticada. De acordo com as diretrizes, a importância da VD em relação às atividades coletivas é equivalente, de modo que, a visita não deve ser privilegiada perante ações de interesse

⁷⁵ Pude ouvir de várias pessoas de outras áreas, quando por algum motivo as encontrava na minha área (normalmente visitando um parente) na ocasião da realização das “minhas” visitas, que a VD dos seus ACS era bem diferente pois chegavam na porta faziam basicamente o que dissemos acima e pronto. Muitos chegaram a dizer que há muito não viam seus agentes.

coletivo. Este é pois, o primeiro contraste identificado nas práticas dos ACS de Mari, pois, embora seja dever do ACS acompanhar todas as famílias e indivíduos de sua área, realizando ao menos uma visita por mês (conforme descrito na página 49 da Política Nacional da Atenção Básica) isso não exclui as demais atribuições, e ao atuar nesta perspectiva, o ACS tende a fragilizar o âmbito de trabalho coletivo, pois cada agente fica muito centralizado na sua área de atuação, preocupando-se apenas com seus usuários e problemas, o que o faz perder a noção do todo, sem a qual dificilmente as ações assumem um caráter político. A perspectiva política é mais que importante, é fundamental para toda ação de cunho popular. Torres (1992, p. 34) afirma que os traços comuns das práticas de EP “[...] originam-se de uma análise política e social das condições de vida dos pobres e de seus problemas mais prementes (como desemprego, desnutrição, problemas de saúde) e procuram levar aos pobres uma consciência individual e coletiva dessas condições”. Trata-se de não abandonar uma perspectiva em detrimento da outra sob pena de pagar um preço social que dificilmente ou com muito custo se pode corrigir.

Na verdade, embora cada ACS atue em micro área específica, dentro de um território, não pode fechar-se nela, haja vista que faz parte de um espaço e de um coletivo social maior que enfrenta problemas comuns e para entender os determinantes do processo saúde/doença é preciso tomar como referência o coletivo, caso contrário, a compreensão fica comprometida. Havia, por exemplo, em nossa área de atuação a parte final de um canal de captação de águas da chuva. O canal é extenso e corta boa parte da cidade, acontece que apenas uma parte desse canal é coberta e na sua extensão aberta muitas pessoas jogam lixo e esgoto e tudo isso vai parar na parte final do canal que passa por duas ruas da nossa área. Nesta altura, o lixo e as águas sujas se misturam e acumulam causando proliferação de muitos mosquitos e outros insetos. Bom, para tratar dos problemas daí provenientes, não basta tratar com as famílias que são afetadas por morarem perto, mas é necessário discutir com os outros ACS que atuam na área do canal e pensar encaminhamentos e soluções coletivamente. É inútil tratar de uma questão como esta individualmente.

No que se refere às atividades coletivas, trata-se daquelas que são desenvolvidas coletivamente com ou sem a participação de outros profissionais⁷⁶, obedecendo à diferentes dinâmicas a depender de cada lugar. É preciso observar o tipo de atividade coletiva mais

⁷⁶Estes profissionais podem ser ou não da UBS. Considere-se que os serviços da atenção básica foram ampliados e atualmente conta com outras instâncias de atendimento, a exemplo do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) e Centro de Reabilitação cujos profissionais podem desenvolver atividades coletivas das quais os ACS podem participar.

adequada para determinada comunidade, de acordo com suas particularidades. De acordo com Vasconcelos, “[...] estas ações coletivas variam entre as mais técnicas, como as campanhas de vacinação e o tratamento em massa de determinada doença, até as ações em que a ênfase é a educação e a luta política como são os movimentos de reivindicações por melhoria das condições de vida” (1989, p. 85). Nas atividades coletivas, a mensagem tem maior alcance porque atinge um contingente maior de pessoas. No entanto, devemos observar a partir do que afirma Vasconcelos que estas ações podem assumir vieses diferentes, num sentido mais diretivo ou mais político.

As atividades individuais são de extrema importância para alavancar outras atividades mas, devem estar a serviço da causa coletiva, porque no final das contas o que importa são os resultados em favor das causas coletivas, da qualidade de vida da população como todo. O objetivo principal não são resultados individualizados. As conversas individuais sobre um determinado problema, como do canal que apresentamos como exemplo, não é um problema dos moradores de uma rua apenas, mas de toda comunidade que é afetada pelo problema ou contribui com ele jogando lixo. Numa postura mais cômoda, o ACS pode dizer que aquela situação é culpa da má administração local ou, pode unir esforços com outras lideranças comunitárias para reivindicar ao poder público a solução.

Consideremos ainda que as famílias que vivem nas casas à beira do canal são afetadas por mosquitos e as crianças desenvolvem alergia às picadas dos insetos. Orientar as mães para levarem as crianças para um atendimento médico será praticamente inútil porque a causa do problema continua lá e o problema permanecerá. Seria preciso agir no sentido de eliminar o foco dos insetos. Esta preocupação deverá, no entanto, ser pauta também dos outros ACS cujas famílias são afetadas e jogam lixo no canal.

É preciso reconhecer ainda que tratar determinados assuntos num caráter individualizado, além de ser menos eficiente, acreditamos, é exaustivo. Imaginemos que o número de mulheres realizando o exame papanicolau não corresponde ao número de mulheres dentro dos critérios e os ACS precisam motivar estas mulheres a realizarem o exame. Para isto, precisam falar de sua importância e dos riscos que a não realização constitui. Desenvolver esta conversa em praticamente todas as visitas é extremamente exaustivo. Já passamos por várias situações desse tipo várias vezes e ao final do dia estávamos esgotadas de tanto falar. É claro que realizar um trabalho coletivo com a comunidade e com os outros ACS seria mais produtivo. O trabalho de organização coletiva é o motor dos bons resultados de uma equipe. Não é por acaso que cada

um dos quatro manuais aqui citados dedica três dos cinco capítulos à abordagem do desenvolvimento desse tipo de trabalho.

Vemos claramente que são atividades com ênfases de ação diferentes, estas ações, contudo, não são excludentes, ao contrário, são complementares. Justamente por esta diversidade de situações, o ACS foi pensado para atuar nas duas perspectivas, individual e coletiva.

Sobre as práticas coletivas vejamos as seguintes declarações:

Antes⁷⁷, todos os meses, todos, a gente se reunia numa igreja, numa associação de moradores com grupos de gestantes, com hipertensos, com diabéticos só pra fazer palestras (Safira GF 2).

É. Tinha reuniões que era só nós. Nós mesmos fazíamos, organizávamos, por exemplo, sobre aleitamento materno então a gente fazia cartaz, falava da importância do aleitamento materno. (Saulo GF 2)

Eram reuniões rápidas de trinta minutos e ouvia, tirava as dúvidas das mulheres porque às vezes quando é um médico ela não tem tanta abertura pra falar e com a gente como elas conhecem, elas falam sobre tudo [...] Então assim... A parte educativa é muito difícil e requer muito tempo, tem que ter tempo e é isso que a gente hoje não tem. (Safira GF 2)

Porque a gente faz, a gente preenche a ficha na casa mas não é só fazer isso, a gente tem que digitar e colocar no sistema. Isso tudo tá tomando muito tempo [...] quando passou esse serviço pra gente era justamente o tempo que a gente tinha pra fazer essas atividades educativas com a comunidade. Eu acho que esse ponto foi decisivo pra diminuir as atividades com a comunidade. (Jonas GF 2.)

As três primeiras declarações em referência a práticas passadas foram feitas com certo entusiasmo e demonstram, com clareza, uma mudança no que se refere à dinâmica de trabalho, por sinal, aparentemente não muito agradável aos ACS. O tempo aparece como elemento de difícil administração justificado pelo aumento de atribuições. Estas declarações indicam que houve um momento no qual as práticas estavam mais alinhadas às diretrizes e foram, em termos práticos, paulatinamente se afastando delas.

Esse tipo de trabalho era inclusive motivador para quem organizava e contribuía, de certa forma, para atualização dos agentes pois, exigia pesquisa de preparação para exposição dos temas bem como para a produção de materiais didáticos, como exemplificados nas imagens abaixo, são cartazes confeccionados por uma ACS em preparação para palestras.⁷⁸

⁷⁷Quando questionada sobre o período ao qual ela se referia ao dizer “antes”, afirmou ser antes do E-SUS e que depois deste eles quase não se reúnem. E-SUS é o nome da nova estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Em outras palavras, é um sistema onde todos os dados dos serviços prestados na Atenção Básica são registrados. O E-SUS substituiu o SIAB.

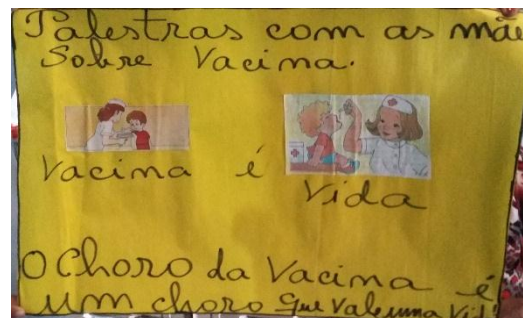
⁷⁸Mesmo em atividades com uso de recursos mais avançados é necessário que haja preparação.

Imagem 2 – Cartaz sobre nutrição



Fonte: arquivo pessoal de uma ACS

Imagem 3 – Cartaz sobre vacina



Fonte: arquivo pessoal de uma ACS

Considerando que os ACS se referiram às atividades coletivas como práticas do passado, interessava-nos ouvir mais sobre os motivos que levaram ao seu abandono. Então, foram questionados sobre o porquê de não mais organizarem e realizarem estas atividades atualmente, já era clara a demonstração de entusiasmo ao se referirem a elas. Responderam:

Foi depois do E-SUS, no caso (Moisés GF 2)

Burocracia! (Isaque GF 2)

É! E agora atribui mais uma função ao ACS que é digitador (Safira GF 2)

Depois do E-SUS, nós nos vemos, quando não estamos na área, só pra quando é pra digitar que é o tempo que a gente tem. (Jonas GF 2)

Porque na verdade, tem que alcançar meta, alcançar meta. Quando tem muitas atribuições, as vezes, quero um levantamento disso, um levantamento daquilo, quer dizer, o processo educativo tá ficando pra trás.⁷⁹ (Saulo GF 2)

As declarações nos permitem constatar que ações coletivas não fazem parte do cotidiano dos ACS há algum tempo e atribuem a ausência destas atividades ao período correspondente à implantação E-SUS. Ocorre, no entanto, que o E-SUS surgiu como substituto da estratégia anterior que era o SIAB (Sistema de informação da Atenção Básica). O fato é que com a implantação do novo sistema, em 2014, uma série de alterações foram feitas, houve mudança na forma de registro de atividades, passou-se a exigir mais registros específicos e individuais,

⁷⁹Os levantamentos aos quais o ACS se refere são listas quantitativas e/ou nominais de crianças, idosos, gestantes, hipertensos ou usuários de determinadas medicações, por exemplo. Estas listas são solicitadas com certa frequência pela coordenação. Um dos problemas da solicitação desses levantamentos são os curtos prazos dados. Algumas vezes é preciso percorrer toda a área para fazê-los e não é tarefa fácil percorrer uma área com mais de cem famílias em dois ou três dias e não dá para fazer levantamentos em prazos curtos e ao mesmo tempo realizar visitas ou outras atividades, é preciso dedicar um tempo apenas para eles. Se a coordenação pede uma lista com nome e endereço das crianças de zero a cinco anos, por exemplo, em geral é preciso ir casa a casa verificar, pois, muitas pessoas chegam e outras saem das áreas.

ou seja, tudo tornou-se mais burocrático e ainda se passou a exigir que os próprios ACS fizessem a digitação dos dados referentes as suas atividades⁸⁰, anteriormente isto era feito por outra equipe (digitadores). É a esta atividade, principalmente, que os ACS atribuem a sobrecarga reduzindo o tempo para planejar e executar outras atividades além das visitas.

Neste caso, trata-se de uma questão de organização das tarefas e não de uma exigência do sistema o que não torna ilegítima a causa apontada, mas indica que não é a única visto que o registro das atividades (digitação) mencionada como causa da não realização das atividades coletivas, já eram feitas e não impedia as referidas atividades. Prova disso, são as declarações (já expostas) sobre as reuniões e palestras que eram realizadas com a comunidade. Em outras palavras, os ACS de Mari têm atuado numa perspectiva mais individualizada por ocasião das exigências que lhes são feitas na ocasião da prestação de contas de suas atividades. Estamos diante de uma mudança se dando de baixo para cima, o que nos permite concluir que em termos locais, as diretrizes não estão sendo consideradas.

Ao serem questionados se atualmente há algo que impede que reuniões aconteçam responderam: “Tem não. É só uma questão de organização mesmo” (Safira GF 2). Continuamos com o questionamento da seguinte forma: “E se vocês quisessem se agrupar em áreas, por exemplo, e chamar a equipe vocês têm autonomia pra fazer isso? Poderiam organizar reuniões com a comunidade? Já fizeram isso alguma vez?” (Mediador do GF) - “A gente não fez não, mas eu creio que se houvesse essa ideia...” (Saulo GF 2). - “O problema é querer, porque tem que ter um consenso da equipe.” (Jonas GF 2). Estas afirmativas indicam o quanto as atividades coletivas estão fora do campo de prioridades dos ACS, das equipes e da coordenação de um modo geral.

As ações destes ACS estão centradas no acompanhamento das famílias. O processo de burocratização imposto pelo sistema tem favorecido a individualização das práticas, à medida que exige mais em termos quantitativos. Segundo afirmam, atualmente, uma das prioridades da AB é alcançar metas. As metas são instrumentos de planejamento da saúde utilizados desde o nível local ao federal. Cada ente federado faz uma pactuação periódica das metas a serem

⁸⁰Exigência que se estendeu para os demais membros das equipes com a justificativa de que os digitadores da Secretaria Municipal de Saúde não estão dando conta do trabalho. Este posicionamento do município demonstra o descuido com a qualidade dos serviços prestados. Houve ocasiões em que os ACS questionaram a coordenação sobre esta atribuição, relatando justamente a dificuldade de dar conta das atividades devidamente e fazer a digitação. A resposta dada foi que os trabalhadores precisam se enquadrar às exigências. Verificamos que se trata de uma exigência que, embora legal, não é necessária ou recomendada e desconsidera a importância do bom desempenho dos ACS para a qualidade dos serviços e consequentemente da qualidade de vida da população. Municípios como João Pessoa e Sapé, por exemplo, não seguem esta prática e o trabalho de digitação é feito por digitadores da secretaria de Saúde.

alcançadas para garantir que os indicadores sejam cumpridos. É através dos indicadores que o desempenho do sistema de saúde é monitorado e avaliado. Alguns dos indicadores mais “cobrados” aos ACS são: cobertura pelas equipes básicas de saúde, o que significa percorrer cem por cento de todas as áreas. Realização de consultas de pré-natal, significa que precisam fazer com que o máximo de gestantes realize ao menos uma consulta mensal de pré-natal. Cobertura vacinal, os agentes devem empenhar-se para que todas as crianças de zero a cinco anos tenham suas cadernetas de vacinação em dia. Realização de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos, os agentes precisam fazer com que as mulheres dentro da faixa etária realizem o exame nas unidades de saúde entre outros.

Embora o cumprimento das metas tenha grande importância para o desenvolvimento das ações, entendemos que são também questionáveis quando colocam em questão a qualidade do serviço prestado. O fato de os indicadores serem alcançados, não significa, necessariamente, que houve avanços na qualidade dos serviços prestados. Consideramos o caso da vacinação um exemplo. Faz-se de tudo para que a cobertura vacinal seja alcançada e certamente os números são otimistas, mas, ainda há, por exemplo, muitas mães que só vacinam seus filhos se a enfermeira for às casas realizar o procedimento. Assim, o indicador é alcançado, mas não por iniciativa do usuário, ou seja, embora o tenha feito, não compreendeu a importância do ato, não se educou a este respeito. Frente a isto, podemos questionar então: até que ponto esse número reflete a realidade das demandas sociais em saúde?

3.4 – Indícios de atendimentos individualizantes: lacunas de formação, trauma social e falta de cultura de ações coletivas

Considerando que a prática educativa é a alma do trabalho do ACS, parece-nos que os ACS de Mari estão perdendo essa essência pela crescente individualização de suas práticas. Mas conforme já dito, a causa apontada como motivadora desta individualização, a burocratização, embora real, não se nos mostra suficiente para justificar a situação. Cabe-nos então perguntar: a que outros motivos pode-se atribuir isto? Será possível revitalizar a dinâmica prevista de um trabalho coletivo?

Para responder a esta pergunta, podemos levantar pelo menos mais três motivos que apontam para uma possível explicação, aos quais chegamos durante o percurso da pesquisa. Embora não possamos tratá-los como certezas, é importante considerá-los como problemas reais e potenciais. São eles: as lacunas deixadas pelos processos formativos, um trauma sofrido

pelas organizações coletivas locais e a falta de organização de movimentos sociais locais (além da já citada pressão imposta pelo sistema/burocratização). Vejamos um pouco de cada uma delas, com exceção da última, já tratada.

Em observância aos processos formativos, é importante destacar inicialmente que podem ser vistos a partir de dois referenciais: a formação inicial também chamada de curso introdutório ou capacitação e a formação continuada também entendida como educação permanente ou educação em serviço.

A formação inicial é uma exigência legal para os ACS conforme se pode ler nos requisitos para suas atividades dispostos no artigo 6º da lei Nº 11.350 de 2006: “II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;”⁸¹. Trata-se de um curso básico de formação que apresenta ao ACS a dinâmica do seu trabalho.

Trataremos da questão da formação fazendo referência às três formas de ingresso dos ACS de Mari: processo seletivo público, concurso público e contratação temporária. Identificamos que nos dois primeiros casos os processos formativos foram diferentes e no terceiro caso nem chegou a acontecer.

Até 2004, o curso de formação inicial foi exclusivo para os candidatos já selecionados para ocupação das vagas oferecidas, ou seja, possuía caráter preparatório. A partir de 2010 com ingresso de novos ACS por via de concurso público, o curso de formação passou a ter caráter eliminatório⁸² e os/as ACS que ingressaram por meio de contrato temporário, não receberam nenhuma formação.

Dois destaques merecem ser feitos quanto à questão das formações: o enfoque extremamente técnico em todas elas e a ausência de formação continuada. Estamos chamando de enfoque técnico o excesso de atenção dada aos processos repetitivos de ordem burocrática e acompanhamento de prescrições de saúde voltadas prioritariamente para os indivíduos.

No que se refere ao período de 1994 à 2004, quando ocorreram os processos seletivos, não encontramos nenhum registro documental que oferecesse qualquer informação sobre formações. A partir de 2010⁸³ com a prática do concurso público, temos disponíveis para consulta os editais. Em relação aos ACS temporários, também não há nenhum registro documentado que permitisse averiguar maiores detalhes sobre a prática, o que já era esperado tendo em vista, conforme vimos que se trata de casos sem amparo legal.

⁸¹ Lei Nº 11.350 de 05 de outubro de 2006.

⁸²O curso ministrado em 2010 foi de 40 h/a e o de 2015 de 50 h/a. A informação pode ser verificada nos editais dos concursos públicos.

⁸³Entre 2004 e 2010 não houve nenhum ingresso conforme se vê no quadro na página 73.

Vejamos os relatos que referem-se aos processos formativos⁸⁴ de quatro dos ACS que ingressaram via processo seletivo nos períodos indicados nas falas. Ao serem questionados se receberam formação inicial e se a questão da educação em saúde havia sido abordada, pontuaram:

Quando eu fiz em 98, a gente estudou preenchimento de ficha “A”⁸⁵, cartão de vacina da criança [...] Como eu fui da segunda etapa não tinha muitos colegas que repassassem... a gente tinha uma coordenadora aí quando tinha uma dúvida eu corria: dona Rebeca, essa ficha tá certa? Aí preenchia. (Safira GF 2)

Em 2000 o treinamento que a gente teve foi bem básico né? De preencher fichas, eu lembro também que a gente teve um trabalho de campo né? [...] Eu fiz o processo seletivo em maio de 2000 e em julho eu fui convocado para fazer um trabalho de aperfeiçoamento, passei o mês todinho trabalhando com o agente que já cobria aquela área... pra ter base assim de como trabalhar como abordar as pessoas. (Saulo GF 2)

O meu foi em 2004, só foi uma semana com a coordenadora e um infectologista, eles repassaram que a gente não podia comer na casa do povo, não podia receber água, alimento, não ter esse contato não! só repassar informação. (Raquel GF 2)

Em 2001 teve um curso introdutório que foi com todos nós (Safira GF 2)

A ênfase dada à burocracia fica bastante clara nestas falas. Uma preocupação excessiva como manuseio de fichas e aparentemente nenhuma preocupação com o âmbito pedagógico da formação. Outro elemento que aparece mais uma vez nas falas e é merecedor de destaque é a participação de outros agentes no processo formativo. A preocupação com esta participação parece bastante importante para o entrosamento dos novos ACS com a dinâmica de trabalho. Se levarmos em consideração que, em termos práticos, ninguém melhor que outro ACS para ajudar no processo de aprendizagem, esta prática pode ser considerada necessária. Seria o caso de além de um curso teórico, realizar uma parte prática.

Dos que ingressaram via concurso, dois deles misturaram as falas quando tentavam explicar como aconteceu sua formação.

Teve o curso introdutório que é o treinamento com o pessoal de João Pessoa... (Moisés GF 2)

⁸⁴Também identificados em alguns momentos pelos termos capacitação ou introdutório.

⁸⁵“Ficha A” é um tipo de ficha com a qual os ACS trabalhavam para realizar o cadastro das famílias. Em Mari, seu uso foi abolido após a implantação do E-SUS em 2014.

Foi feito com um pessoal da secretaria de saúde de João Pessoa eles contrataram uma equipe. Era uma enfermeira e outra dentista. (Jonas GF 2)

Ela trouxe toda parte teórica, a parte bonita da coisa né? Como a gente se comportar no atendimento, como a gente deve agir em certas situações, o papel do agente de saúde, tudo da parte teórica. O que o Ministério da Saúde determina que a gente faça. Aí quando a gente foi pra campo (risos) era diferente. (Moisés GF 2)

Elas nos deram os tipos de informações que a gente poderia dar [...] na prática ajudou um pouco, mas o que me ajudou mesmo foi minhas colegas. (Jonas GF 2)

Sem muito esforço é possível perceber que as formações dos agentes deram ênfase às questões de ordem burocrática que atendem prioritariamente às exigências do sistema.

De acordo com eles, não há nenhuma ficha de trabalho na qual se possa registrar problemas coletivos do local de trabalho como problema de esgoto, por exemplo. Esse tipo de registro era feito uma única vez no ato de cadastramento quando a família chegava à área e o ACS a visitava pela primeira. Contudo, era um registro familiar e não do coletivo, ou seja, a visão mais geral ficava comprometida.

Como não havia sido feita, até o momento, nenhuma menção ao papel educativo do ACS, foi feito então um questionamento a este respeito, foi perguntado se no curso houve alguma abordagem da questão da educação ou educação em saúde ou educação popular em saúde. Responderam que não houve e comentaram:

É mais preenchimento de ficha. (Raquel GF 2)

No curso introdutório eles fixaram bem isso na mente da gente que era como preencher a ficha corretamente, a fichinha do e-SUS [...] teve uma parte... eles fixaram muito no combate a essa epidemia de zica e dengue e como ensinar isso à população. (Jonas GF 2)

Estas falas nos oferecem uma pequena amostra do processo formativo dos ACS desde o PACS aos dias atuais. Notamos que a ausência da discussão da educação no processo formativo gera uma lacuna na compreensão do trabalho, o que contribui para que ele se torne mais técnico e subordinado ao que é prescrito a partir dos consultórios. Esta lacuna é percebida pelo ACS quando, ao deparar-se com a comunidade percebem a distância entre aquilo que aprendeu e deveria fazer e o que se pode realmente fazer. A imersão na realidade traz à luz elementos imprevistos que não podem ser resolvidos trazendo à memória apenas o que foi visto na formação. O que fazer, por exemplo, quando em uma visita o ACS depara-se com uma

família que reclama por não ter o que comer naquele dia? Se a formação tratou apenas dos aspectos burocráticos, como lidar com isto? Onde buscar ajuda? Diante de famílias que usam água de poço porque não têm condições de pagar conta de água e ainda assim se recusam a usar hipoclorito, como se posicionar? E frente a uma mulher que é agredida pelo marido e não fala sobre isso sofrendo calada, o que fazer? São situações delicadas, muitas vezes imprevisíveis que exigem do ACS uma postura flexível e ética. A recorrência desse tipo de situação tende, muitas vezes, a nos levar à ignorá-las por ser mais cômodo. Assim, o ACS vai lá faz uma visita domiciliar corrida, recolhe assinatura para comprovar sua ida à casa e pronto voltando no mês seguinte para repetir o processo.

A lacuna na formação é constatada pelos ACS quando “caem em campo”. O preenchimento de fichas é tão importante quanto necessário, mas não é suficiente. Não se pode querer que haja promoção da saúde sem discutir e explorar os componentes constituintes da dinâmica da vida, em suas diversas perspectivas: social, biológica e emocional. Um ACS ao se referir aos seus processos formativo declarou:

Assim... Na prática ajudou um pouco, não vou dizer que ajudou tanto no que era pra ajudar, mas ajudou um pouco. Na prática mesmo o que me ajudou foram minhas colegas. Por exemplo, no curso introdutório, o cartão de vacina da criança, eles não ensinaram, só ensinaram o preenchimento da ficha do E-SUS e essa parte do cartão eu aprendi com minhas colegas (Jonas GF 2).

Ou seja, além da perspectiva técnica de manipulação de fichas, está claro que, ao menos na formação inicial deveria haver preocupação com uma abordagem educacional, em uma tendência crítica, além de um tempo reservado para imersão no campo de atuação acompanhado por um ACS experiente.

Uma formação que não se preocupa com a perspectiva crítica, certamente deixará a desejar, primeiro por contrariar a proposta formativa preconizada no início do Programa, segundo por não oferecer aos sujeitos em formação o mínimo de condições para lidar com os elementos não previstos da dinâmica da vida. Ao discutir as ações dos ACS, Souza destaca que o processo de aprendizagem dos ACS não deveria ser fechado no domínio de técnicas básicas, mas se preocuparia também com a “[...] compreensão da inserção do homem na estrutura social, como condição para entender o processo saúde/doença e seus determinantes.” (2001, p. 93). É preciso uma formação que leve em consideração a realidade complexa das pessoas. Considerando que saúde é além de um direito, um completo estado de bem estar físico, mental e social, como é possível que uma formação não leve em consideração o sujeito em sua

complexidade? Não estamos com isto dizendo que a formação recebida não teve validade e importância, certamente teve, contudo pelo que os ACS disseram percebe-se que deixou grandes lacunas.

Há ainda, ao nosso ver, outra lacuna na capacitação dos ACS, nos referimos à equipe de formação. Sabendo que se trata de um profissional cujo papel central é promover saúde, educar em saúde, parece-nos questionável que nas equipes de capacitação não estivessem incluídos educadores/educadoras de formação. Desde o início do Programa quando se discutia a responsabilidade de capacitação dos ACS a questão ficou entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Souza não registrou a participação dos educadores nessa capacitação, possivelmente a questão não estava em pauta, assim como hoje também não está, pois como vimos, outros profissionais realizaram as capacitações.

O fato de as formações terem sido ministradas por outros profissionais demonstra certa falta de credibilidade no trato com as atribuições fundamentais da categoria. Afinal, se o saber dos pares é reconhecidamente importante para a aprendizagem dos novos por que ACS não participam dos processos formativos? Talvez isto não fosse adequado nos primeiros anos do PACS haja vista ser um momento de consolidação das estratégias, mas, atualmente esta possibilidade é perfeitamente aceitável pois o Programa já tingiu sua maior idade além do que, há agentes que seguiram com suas formações sendo possível encontrar agentes com formações de nível superior. Em Mari há ACS com formação em nutrição, letras e pedagogia, por exemplo, outros estão com suas formações em andamento. (Embora, lamentavelmente, seja uma pequena parcela conforme vimos na tabela 3, página 22). De qualquer modo, seria pertinente reservar um tempo nas formações para estes sujeitos o que contribuiria inclusive para estimular os demais à capacitação. Consideramos isto pertinente porque além de ser uma forma de valorizar a categoria é algo que se pode verificar em outras áreas. Por exemplo, um curso de formação de professores normalmente é ministrado por professores, uma formação de médicos, por médicos e assim por diante. Porque uma formação de ACS não tem como membro da equipe um/uma ACS? Esse tipo de participação/atuação, seria ao nosso ver motivadora para a própria categoria, isto porque um dos obstáculos no qual ela esbarra, por assim dizer, é a ausência de progressão, ou seja, o tempo na função e a formação, por exemplo não tem valor algum. Um/uma ACS que atua há vinte e três anos, por exemplo, como é o caso dos pioneiros em Mari, tem o mesmo reconhecimento que os que ingressaram há um ano, assim como os que têm formação superior têm o mesmo reconhecimento dos que têm ensino médio. É um exemplo

nítido de desvalorização do profissional. Trata-se de um importante ponto para reflexão porque uma tal situação de estagnação desmotiva qualquer profissional.

Ainda sobre a questão da formação, passemos ao caso dos ACS que atuam temporariamente. Estes, não receberam nenhuma formação inicial ou em serviço e foram direto para o campo, alguns sem a menor ideia do que fazia um ACS. O auxílio foi e ainda é dado pelos/pelas colegas de trabalho.

Ao nosso ver, há aqui mais um forte indício de negligência por parte da gestão com a qualidade dos serviços oferecidos. Considerando que uma pessoa ingressa no cargo de ACS sem uma formação específica, como é possível enquadrar um sujeito em uma função sem lhe dar o mínimo de capacitação? No diário de uma ACS encontramos um registro que mostra esta percepção por parte dos próprios companheiros de trabalho, dando-nos a entender ainda que a cobrança de responsabilidades é a mesma para todos independente do fator formação.

[...] a noite uma colega recém-contratada chega a minha casa muito preocupada porque a nossa coordenadora lhe pediu o mapeamento de sua área e ela nem tinha ideia de como isso seria feito, então expliquei e ela saiu mais tranquila, pois a secretaria de saúde não capacita seus ACS ao contrata-los, é por isso que essas coisas acontece!?! (Dâmaris)

Na entrevista com os/as ACS temporários/as a lacuna da formação assume proporções bem maiores. Quando questionados sobre sua formação inicial, responderam unanimemente que não receberam nenhuma formação e nas declarações abaixo, com as quais comentam suas respostas, fazem referência aos ACS efetivos⁸⁶, cujos cargos ocupam, como aqueles que os ensinaram algumas coisas. As falas seguintes são de ACS que estão na função temporariamente ocupando a vaga de outros/outras ACS que se afastaram legalmente e temporariamente. O tempo que cada um, abaixo citados, somava no exercício da função na ocasião do grupo focal era de: três anos, um ano, um ano e sete meses e dois meses, respectivamente.

Bom, eu durante um mês, meu pai foi me levando nas casas apresentando, dizendo como é que se fazia...tudo... ai fui um dia no posto conversar com quem trabalhava lá, via o que tem que se fazer. Então dentro de um mês eu vi o que tinha que fazer...eu fui bem rápido. (Aarão GF 1)

Quando ela resolveu se afastar, ela durante uma semana saiu em todas as casas comigo [...] ela foi passando fazendo a visita domiciliar e eu acompanhando. No caso, eu até hoje ainda peço ajuda porque geralmente, tem muita coisa que eu num aprendi ainda. Tô aprendendo ainda, apesar de um ano, mas tem muita

⁸⁶Todos os quatro foram contratados para ocupar o cargo temporariamente a fim de cumprir o período de licença dos ACS que se afastaram.

coisa que realmente a gente fica meio perdido. A gente vamo tirando as dívidas com os outros agentes, mais antigos. (Ester GF 1)

A minha área tava sem ACS a algum tempo. O ACS entrou de licença e ai dois ou três meses eu entrei. (Sara GF 1)

Tô aprendendo ainda. Eu mesma. Quando eu tenho dúvida, porque é muita coisa, assim, eu peço ajuda às colegas, mas tô aprendendo assim. (Raabe GF 1)

A primeira fala declara um fato merecedor de atenção. Conforme já anunciado anteriormente, o ACS Aarão ingressou na função ocupando a vaga de seu pai que se afastou do cargo. Esse tipo de ingresso nos permite amplo questionamento sobre os critérios utilizados para a contratação temporária. Afinal quais seriam?

Conforme visto no final do capítulo anterior que aponta com as principais mudanças ocorridas na função e mediante as declarações acima, é possível afirmar que estes ACS ingressaram na função de forma completamente despreparada, além de denunciar, de certa forma, a precarização e desvalorização do trabalho. Não sabemos se é o caso apenas de falta de interesse da gestão ou se há realmente uma situação de ignorância em relação ao potencial desses sujeitos. Seja qual for a resposta, não justifica a situação em questão, o que compromete além da qualidade dos serviços, a credibilidade do PSF. Em 2005, por exemplo, foi realizada a primeira etapa do curso técnico para ACS com duração de seis meses. O curso foi ministrado por duas enfermeiras que atuavam no município. A segunda e última etapa do curso nunca foi realizada.

Sabendo que todos os profissionais têm um compromisso com o trabalho que desenvolvem, o que dizer daqueles que assumem uma função sem saber o que fazer? E o que dizer da permissão dada aos ACS para caírem em campo sem a mínima capacitação? Embora não seja nossa intenção encontrar todas as respostas, frente ao exposto, podemos dizer que o compromisso da gestão com a população e com estes sujeitos é plenamente questionável, porque não somente na ocasião do ingresso a formação/capacitação é necessária, mas, uma exigência continua (o que serve para todos os profissionais).

Uma ACS fez a seguinte afirmação fazendo referência a um médico:

Quando André⁸⁷ estava na coordenação, em quase todas as reuniões ele dava uma palestra sobre uma temática diferente. Só que a coordenação vai mudando

⁸⁷A ACS se refere a um médico infectologista que durante alguns anos fez parte da equipe de coordenação da Atenção Básica do município. Durante o tempo que atuou teve a preocupação de apresentar e discutir temáticas com os ACS em todas as reuniões. Eram palestras curtas mas muito ricas nas quais aprendia-se bastante.

e cada um tem uma visão. Ultimamente até nos cobramos muito sobre vacina, porque vacina é um tema que muda muito. Aí você chega na casa e diz: seu filho tem, que tomar vacina. Mas que vacina? (Safira GF 2)

A formação continuada é importantíssima e necessária. Novidades surgem o tempo todo e mudanças acontecerem inevitavelmente. A falta dessa formação é lamentável e seus efeitos podem ser vistos ao longo do tempo. Vimos recentemente uma situação que demonstra claramente os sinais dessa lacuna, quando um ACS apresentou em uma reunião de rotina uma dificuldade com a digitação dos trabalhos, justificando ter dificuldades em manusear o computador. A solução oferecida foi o auxílio de um digitador que poderia ser procurado na Secretaria Municipal de Saúde. Todavia, temos conhecimento de ACS que pagam para que terceiros realizem esse trabalho por total desconhecimento do uso da máquina, isto indica que as condições oferecidas para a realização do trabalho não são compatíveis com as exigências feitas aos profissionais.

É claramente reconhecível que a aprendizagem entre pares é também importante e necessária para qualquer profissional, mas é limitada e embora seja perfeitamente reconhecível que cada um/uma tem compromisso com seu aperfeiçoamento, lendo e pesquisando, isto não retira a responsabilidade das entidades oferecerem cursos de formação inicial e continuada.

Sobre esta formação, os ACS fizeram referência às reuniões que acontecem mensalmente com a coordenação da atenção básica (AB) como único momento que podem aprender coletivamente. No entanto, não são momentos formativos mas reuniões de rotina nas quais a coordenação atualiza informações sobre campanhas, metas, faz solicitações e presta esclarecimentos gerais. Sobre o que ocorre nestas reuniões, um ACS declarou: “O que tem de novo pra gente trabalhar assim, por exemplo, no NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), na policlínica, o que tem de novo... a gente recebeu uma folha com os horários dos médicos na policlínica, de atendimento de pediatra, fisioterapia...” (Aarão GF 1).

Como último destaque consideremos não como justificativa, mas como importante registro o fato de que há algum tempo os ACS do referido município não recebem material de apoio (livros, cartilhas etc.). No nosso caso, por exemplo, a última vez que recebemos material foi em 2009 quando a enfermeira distribuiu entre os ACS dois livros produzidos e enviados pelo MS, ou seja, nos últimos cinco anos, nenhum material nos foi oferecido. Os ACS contratados quando questionados se gostam de ler e se recebem, material para ler declararam:

Eu nunca recebi nem um livro, nada. Lá no PSF mesmo não tem. (Sara GF 1)

Acho que antigamente tinha, meu pai tinha muito livro falando de ACS (Aarão GF 1)

Eu não gosto de ler. O pouco que eu sei é de pessoas mais experientes e a pessoa que eu tô tirando a licença me deixou um livro, geralmente eu leio, falando sobre o trabalho do ACS (Ester GF 1)

É inadmissível que um ACS não receba nenhum tipo de material de orientação para dar suporte ao desenvolvimento das atividades. É possível que o MS envie material com menos frequência que em outros tempos até porque com a internet como instrumento de pesquisa, é possível acessar vários materiais digitais. Todavia, conforme exemplificamos acima, nem todos utilizam ou tem acesso às facilidades oferecidas pelas tecnologias e conhecendo os limites de alguns ACS, acreditamos que é dever da gestão e ou coordenação cuidar para que estas e outras dificuldades não sejam motivos para que os profissionais deixem de se aperfeiçoar, cabendo-lhe encontrar meios possíveis e adequados para garantir a qualidade dos serviços.

Frente ao exposto, nos vemos diante de um cenário complicado. Temos diversas situações num mesmo contexto. Temos ACS que receberam uma formação inicial e outros que não receberam, temos a ausência de formação continuada e falta de incentivo para que o grupo se dedique a autoaprendizagem e falta de apoio para que as dificuldades identificadas sejam superadas.

O terceiro elemento que possivelmente contribuiu para a concentração das práticas do ACS voltadas para atendimento prioritariamente subordinados aos encaminhamentos especializadas em saúde, em detrimento de ações de reivindicações coletivas, pode advir de um grande trauma vivido pelo município. Trata-se de uma tragédia ocorrida em 1964, em circunstâncias da organização de trabalhadores na luta pela terra. O caso envolveu trabalhadores rurais afiliados à Liga Camponesa e representantes de proprietários de terras. Trataremos da questão de forma breve para que o/a leitor/leitora tome conhecimento do fato sem desvincular-se da questão central do trabalho. Recorremos à obra “A tragédia de Mari” (2004) na qual o autor Nelson Coelho dedica-se a apresentá-la e contextualizá-la em riqueza de detalhes.

As Ligas, existentes desde a década de 1950, arregimentavam trabalhadores na luta pela terra⁸⁸, por direitos trabalhistas e contra exploração da força de trabalho. Como forma de resistência, os trabalhadores eram convocados pelos líderes para fazer mutirões em parcerias

⁸⁸Tem-se notícias que com exceção de Pernambuco, os dois maiores núcleos de atuação das Ligas localizavam-se na Paraíba, mais precisamente em Sapé e Mari.

de solidariedade. As organizações incomodavam os proprietários que por meio de funcionários partiam para o enfrentamento⁸⁹.

Foi neste tenso cenário que ocorreu o fato trágico. Nas imediações da Fazenda Santo Antônio no município de Mari, um grupo de trabalhadores foi barrado pelos funcionários da fazenda, circunstância que resultou em discussão e desarme dos funcionários da fazenda e enchocalhamento⁹⁰ do administrador da propriedade. Os camponeses não sabiam que haviam tomado uma arma de uso restrito das Forças Armadas⁹¹, que ficou na posse do líder e presidente do sindicato Antonio Galdino da Silva. Na manhã do dia quinze de janeiro de 1964 deu-se o confronto entre representantes da usina com o Antonio Galdino, que trabalhava às margens da rodovia PB-08, com mais de trezentos camponeses a poucos metros da zona urbana da cidade de Mari. O líder Galdino foi persuadido a entregar a arma e o fez. No entanto, o ato foi seguido de discussão entre os grupos que entraram em choque de modo que os trabalhadores usaram suas armas de trabalho para defenderem-se enquanto que o outro grupo estava armado com armas de fogo. Coelho afirma que “Estabeleceu-se um diálogo que não terminou. Uma violência desnecessária impediu que aqueles pais de família, trabalhadores e cidadãos livres se entendessem” (2004, p. 61).

O fato causou repercussão entre os marienses nos primeiros anos da história do município e também foi registrado por Antonio Freire (S. d., p.119-121) em seu livro “Araçá dos Luna Freire”⁹²:

Os anos 1963 e 1964, levaram para lá as agitações sociais que varriam o país[...] Ligas camponesas foram criadas no interior do Brasil notadamente nos Estados nordestinos, mais acentuadamente em Pernambuco e Paraíba[...] Em Mari fundaram um “Movimento Sindical Camponês” que em 15 de janeiro de 1964 entrou em confronto com administradores de usinas resultando numa chacina.

O saldo do confronto foi de onze mortos dos quais sete camponeses e quatro feridos sendo dois camponeses. O evento gerou na população local um clima de absoluto medo. As

⁸⁹ Também conhecido como capangagem que eram tropas a serviço dos interesses dos proprietários de terras. Um fenômeno que mostrava resquícios semifeudais.

⁹⁰ Ato de colocar chocalho, com o sentido de humilhar.

⁹¹ Um revólver novo, Smith & Wesson DA – Calibre 45.

⁹² A referida obra não consta nas referências por se tratar de uma cópia de um livro antigo que foi feita sem o cuidado com as referências.

famílias dos trabalhadores, vítimas do conflito, fugiram da cidade por medo da repressão e há quem até hoje se recuse a tratar do assunto.⁹³

A tragédia gerou um trauma social especialmente na cidade onde aconteceu, cujas repercussões se estendem aos dias atuais isto porque, o lamentável acontecimento deixou não apenas marcas de sangue, na terra na qual se esperançava plantar e colher produtos para subsistência mas, marcas de um confronto resultante na verdade, de injustiças. A arma considerada o pivô do acontecimento, certamente foi determinante para o acontecido, contudo, ela estava inserida num contexto de tensões sociais no qual os trabalhadores eram os menos favorecidos, algo infelizmente ainda real nesse país.

Os anos seguintes provavelmente foram tensos para os trabalhadores rurais locais mas não somente para eles porque a história da luta pela terra no Brasil é marcada por traumas. Trinta e quatro anos depois⁹⁴, camponeses apoiados pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) declararam que a luta estava viva quando ocuparam a fazenda Gendiroba no mesmo município, iniciando assim um período de novos embates, desta vez, não sangrentos.

Com esta informação, emerge o quarto elemento anunciado que é a vitalidade dos movimentos sociais locais.

Em 1999, os camponeses montaram acampamento e iniciaram uma nova etapa da história das organizações de base, contudo, as sombras do passado permaneciam fortes conforme afirmou um dos líderes do MST em Mari na ocasião dos cinquenta anos da chacina: “A história que foi dita até hoje não é verdade. Aqui em Mari, ninguém podia falar em ocupação, pois o povo tinha medo da chacina de 64”.⁹⁵ Costa faz importante menção ao processo de assentamento quando registra a fala de um assentado: “Os políticos [...] começaram a criar na mente do povo que isso não dava certo, reforma agrária desse tipo, ocupando, não vai dar certo” (2014, p. 25) sob alegação que poderia resultar numa nova tragédia recriando o medo que assombrou 1964.

O fato é que o MST, um movimento forte e bem organizado, construiu história no município alcançando êxitos em suas lutas o que deveria, acreditamos, servir de estímulo para outras organizações.

⁹³ Segundo declaração de um historiador mariense sobre o assunto em relato que conta um pouco da história de Mari. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=ABIt0KEQbMY>

⁹⁴ Em 1998, um ano após o massacre de Eldorado dos Carajás, ocorreu uma grande mobilização de trabalhadores rurais que marcharam pelo país percorrendo diversos municípios. Na Paraíba, a marcha partiu de Cajazeiras percorrendo vinte e oito municípios até chegar a João Pessoa. Dentre os municípios percorridos estava Mari.

⁹⁵ Matéria publicada no site da CUT em 17/01/2014. Disponível em: <http://www.cut.org.br/noticias/historia-de-resistencia-e-luta-camponesa-e-resgatada-na-paraiba-caca/>

Queremos com isto, dizer que a organização coletiva dos camponeses, poderia ter sido combustível para outros grupos populares que certamente tinham reivindicações a fazer. No entanto, isto não ocorreu. Significa dizer que o histórico do município em termos de organizações populares tem um importante referencial até os dias atuais, mas este não foi/é suficiente para afirmarmos que a força da organização popular tem sido utilizada como arma de luta.

O fato de os ACS terem surgido somente a partir do PACS e não por algum tipo de motivação originada de causas de interesse populares, como no caso da seca no Ceará, por exemplo, indica que os grupos populares locais com exceção do MST não têm força tão expressiva.

A ausência do espírito de coletividade entre os ACS é claramente expressa pelo histórico de lutas da própria categoria. Isto pôde ser constatado quando por várias vezes, travaram lutas pela garantia de direitos trabalhistas e foi notória a falta de união e organização do grupo, algo que tem se acentuado com o passar do tempo, mesmo em atividades que fazem parte da rotina como reuniões e confraternizações, por exemplo, a participação é sempre de uma parte da categoria. Isto mostra além da falta de organização, certa ignorância da categoria em relação ao seu potencial. Na ocasião de uma reunião de confraternização alguém (uma ACS) disse: “[...] nossa categoria já foi mais unida. Se nós não conseguimos nos reunir nem numa confraternização imagine numa causa maior.” Esse tipo de comportamento, embora não proposital, tem sido construído paulatinamente pela ausência de referenciais (do próprio sistema, de formação e de organização local), e fragiliza a categoria e a percepção dessa fragilidade a torna vulnerável nos entraves políticos.

Isto porém não é uma sentença. É possível que mudanças aconteçam, contudo é necessário primeiro que a maioria, ao menos se dê conta desse esfacelamento. Trata-se de um tipo de mudança que pode ocorrer em médio e longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todo percurso da pesquisa desde sua proposta inicial até o presente momento faz-se necessário tecer algumas considerações para avaliar os resultados alcançados pelo esforço a ela dedicado. Primeiramente acreditamos ser legítimo o reconhecimento de que o ACS é um profissional que enquanto categoria tem um grande potencial de alcance e foi e é extremamente importante para o delineamento e fortalecimento do paradigma de saúde alternativo à medicina curativa. Os 286.922 Agentes Comunitários de Saúde existentes no Brasil atuando exclusivamente no âmbito do SUS têm cumprido um papel fundamental para a manutenção dos serviços básicos de atenção à saúde. São sujeitos que todos os dias acessam centenas de milhares de domicílios e pessoas de forma direta, interagindo, construindo e fortalecendo vínculos e conseguindo como nenhum outro profissional, penetrar na base da estrutura social, através de sua organização fundamental: a família.

Tendo tomado esses sujeitos como referência basilar para nosso estudo, interessava-nos saber se eles poderiam ser identificados como educadores em saúde e de que forma o trabalho dos ACS de Mari refletiam a resposta à esta questão. Para isto, nos dedicamos a três pontos principais que foram os objetivos específicos da pesquisa: inventariamos as experiências populares em nível nacional e local, identificamos como as diretrizes para os ACS se expressam sobre o papel educativo dos sujeitos e comparamos a prática dos ACS de Mari às previstas nas diretrizes. O levantamento histórico permitiu compreender como, historicamente, se deu a formação da categoria possibilitando constatar que suas origens remetem às organizações populares de base na luta pela melhoria das condições de vida das camadas mais carentes, das quais também fazem parte. Ocorreu pois que em 1991, que o MS se “apropriou” da estratégia popular e criou o PACS, inicialmente no Nordeste, a começar pela Paraíba se espalhando posteriormente pelos demais estados e regiões do país de modo que atualmente, todos os Estados da federação contam com cobertura dos serviços de atendimento da Atenção Básica através do PSF ao qual os ACS estão vinculados.

O percurso pelas diretrizes nos permitiu verificar que em todas elas o ACS é tratado como educador em saúde especialmente pelo trabalho voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças, ou seja, de orientação e constante diálogo com a população, onde ela se encontra. As diretrizes fazem referência à atividades individuais e coletivas e em uma perspectiva progressista é reconhecível a importância da organização coletiva, especialmente, como motor político das ações desses sujeitos.

Quanto aos ACS do município de Mari, verificamos que suas práticas não têm sido desenvolvidas de forma a responder plenamente às diretrizes por três motivos principais identificados: excesso de burocracia, problemas de formação/capacitação inicial e em serviço, e fragilidade de tradição coletiva local. Os motivos trazem consigo além de explicações, questionamentos que merecem atenção.

O primeiro motivo se apresenta como cobrança de atividades por parte do sistema que exige dos/das ACS uma individualização de suas práticas fazendo com que cada um se volte para sua área de atuação o que gera por consequência uma perda de noção do todo. A crescente burocratização tende a estreitar o ângulo de visão e contribui para a conversão de “agentes de mudança” em funcionários executores de tarefas. Eis pois o desafio em questão: num momento de crises, quais os caminhos possíveis para não entregar-se à esta lógica neoliberal e destrutiva?

O segundo motivo foi identificado mediante declaração dos ACS sobre lacunas de formação e precarização no serviço, com os contratos temporários sem respeito às regras estabelecidas para concurso e contratação efetiva. Foi possível perceber que nos últimos anos as formações não se preocuparam em discutir o caráter educativo do trabalho dos ACS enquanto outros Agentes sequer receberam formação. Frente a este quadro de notável precarização, será possível a superação do declínio que a profissão está vivenciando?

O terceiro motivo se refere ao histórico dos movimentos populares locais, profundamente marcados por um episódio trágico diante da violência do latifúndio. É possível que os conflitos e a morte dos camponeses na luta pela terra, em 1964, alcance os dias atuais contribuindo para produzir ações de interesse coletivo de baixa intensidade. É urgente para a categoria e para o país que o revigoramento destas ações aconteça o quanto antes.

Esse conjunto de fatores contribuiu, ao nosso ver, para o favorecimento da individualização das práticas dos sujeitos o que nos permitiu concluir que os ACS de Mari têm atuado muito mais numa perspectiva conservadora, de transmissão de informações, contrariando assim sua origem e as diretrizes progressistas e fomentadoras de ações de grupo e de interesses coletivos.

Cabe a nós perguntar se esta situação pode ser mudada de modo que os ACS resgatem a politicidade de suas práticas e se fortaleçam enquanto coletivo de atuação popular. Não podemos responder seguramente a isto já que se trata de uma situação que é gerida por diversos entes públicos, ou seja, não depende apenas dos ACS, mas de cada uma das instâncias, federal, estadual e municipal, atuando numa mesma perspectiva. Se as coordenações municipais e estaduais, por exemplo, não trabalharem numa perspectiva transformadora, dificilmente haverá

investimento de tempo e recursos para que o trabalho da categoria se torne mais qualitativo e fomentador de ações de reivindicação de direitos e de cidadania ativa.

A partir do que foi observado na gestão dos ACS em nível local é possível afirmar que a identidade de educador do ACS tem sido não somente desvalorizada mas, negada. Esta constatação nos serve de alerta e convite para melhor analisar a postura e a perspectiva interpretativa dos entes que elaboram e fazem cumprir as diretrizes e leis a partir das quais os profissionais são cobrados.

Verificamos ainda que há entre os ACS certa heterogeneidade quanto às percepções sobre si e suas atribuições. Alguns agentes com histórico de participação em grupo comunitário, demonstraram certa preocupação com o caráter educativo e transformador de suas pequenas ações. O grande desafio é: como fazer com que o exército de mais de duzentos mil ACS reconheça a força que possui para tomar a frente das lutas que lhes são legítimas? Partindo do pressuposto da decadência da categoria, será que seu expressivo número bem como dos atores sociais com ela envolvidos se afirmariam nos embates?

Em suma, concluímos que a pesquisa alcançou seus objetivos e abriu novas possibilidades de discussão sobre o que aqui foi tratado. Consideramos que o esforço teórico e metodológico empregado na pesquisa foi satisfatório por nos ter permitido dar passos seguros no seu desenvolvimento. O aporte teórico nos permitiu compreender que as práticas dos ACS permitem caracterizá-lo como educador popular em saúde no campo da educação não formal e a opção pelo uso de diferentes técnicas permitiu reunir considerável quantidade de importantes dados através dos quais pudemos constatar que os agentes de Mari não têm respondido positivamente às orientações pedagógicas para a categoria.

Isto não significa que trabalho de pesquisa foi concluído mas, sua fase inicial apenas. Ao alcançarmos algumas respostas que não pretendem ser definitivas, novas questões surgiram e serão motivadoras para outros projetos, afinal são elas que nos movem, pois as respostas tendem a nos paralisar.

Além das questões já levantadas muitas outras existem, algumas que certamente ainda não foram por nós alcançadas. São questões precisam ser pensadas pelos gestores das políticas de saúde, mas sobretudo, pelos próprios trabalhadores. São eles ao nossos ver que detêm a força da transformação que se almeja. Acreditamos ser este o grande desafio: que as reflexões, discussões e mudanças aconteçam primeiro internamente, através do autoconhecimento pois, se assim não for qualquer tentativa estará fadada ao insucesso. Em outras palavras, está claro que a mudança é necessária em cada uma das instâncias para que as contradições entre o que

se prevê e o que se executa, por assim dizer, sejam resolvidas. Todavia, parece-nos claro que não podemos esperar que a mudança aconteça a partir do outro pois esta tese é defendida pela tradição, logo, se a defendermos estaremos nutrindo aquilo que essencialmente é o contrário do que queremos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Fernando A. Pires, PAIVA, Carlos Henrique Assunção, FALLEIROS, Ialê Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: In: PONTE, Carlos Fidelis, FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010

ANTONELLO, Fabiula Costa. **O Tao da Educação e da Saúde: A participação dos Agentes comunitários de saúde na busca pela qualidade de vida**. 2013. 227 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro Universitário Salesiano de São Paulo - UNISAL – SP

BANDEIRA, Francikely da Cunha. **A profissão Agente Comunitário de Saúde a partir da perspectiva de gênero: um olhar a partir dos/das ACS do município de Mari – PB**. 2015

BEISIEGEL, Celso de Rui. **Política e educação popular: a teoria e a prática de Paulo Freire no Brasil**. São Paulo. Ática, 1982.

BETTO, Frei. **O que é Comunidade eclesial de Base**. 5ª edição. São Paulo, Brasiliense, 1985.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação?** São Paulo, Brasiliense, 1981.

BRASIL. **Lei Nº 10.507 de 10 de julho de 2002**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10507.htm. Acessado em 01 de set. 2016

BRASIL. **Lei Nº 11.350 de 05 de outubro de 2006**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21. Acessado em 01 de set. 2016

BRASIL. **Lei Nº 12.3994 de 04 de junho de 2014**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm. Acessado em 27 de dez. 2016.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Perfil de Competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de gestão do trabalho e da educação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acs_rel_versao_25.pdf. Acesso em: 08 de set. 2016

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em 14 de ago. de 2016

BRASIL. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Portaria GM Nº 1886 de 18 de dezembro de 1999**. Disponível em http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/. Acessado em 02 de set. 2016

BRASIL. **Portaria GM Nº 692 de 25 de março de 1994**. Disponível em http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/. Acessado em 03 de set. 2016

BRASIL. **Decreto Nº 3189 de 04 de out. de 1999**. Disponível em http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/. Acessado em 15 de set. 2016

BRASIL. **Programa de agentes Comunitários de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 1994.

BRASIL. **Modalidade de contratação de Agentes Comunitários de saúde: um pacto tripartite**. Brasília, 2002.

CARRILLO, Alfonso Torres. A educação popular como prática política e pedagógica emancipadora. In: STRECK, Danilo R, ESTEBAN, Maria Tereza (organizadores). **Educação Popular lugar de construção social e coletiva**. Petrópolis: Vozes, 2013

Carta de Ottawa, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acessado em 5 de maio de 2016

COULON, Alain. **Etnometodologia**. Petrópolis, Vozes, 1995.

COSTA, Mucio José Torquato da. **Uma reflexão sobre a educação do campo**. 2014. 45 f. TCC de Especialização. Universidade Estadual da Paraíba, Guarabira.

COUTINHO, Eduardo. **O fim e o princípio**. 2005. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=_VQC51XZ5ow. Acessado em 10 de Julho de 2015

COELHO, Nelson. **A tragédia de Mari**. João Pessoa. Idéia, 2004.

CRUZ, Galdino Avelino. **Educação sociocomunitária e o agente comunitário de saúde**. 2014 58 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Centro Universitário Salesiano de São Paulo. Americana SP.

CUNHA, Euclides da. **Os Sertões**. São Paulo: Três, 1984. Disponível em: <http://www.dominipublico.gov.br/download/texto/bv000091.pdf>. Acessado em 06 de Abril de 2016.

DONANGELO, Maria Cecília Ferro. PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duasidades, 1976. Disponível em <http://www.prppg.ufpr.br>. Acessado em 02 de abril de 2016

EDLER, Flavio Coelho. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. In: In: PONTE, Carlos Fidelis, FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

- FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.
- FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo, Paz e Terra, 2011.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com, a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
- FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia Patriarcal**. São Paulo: Global, 2003. Disponível em: <https://bibliaseliteraturas.files.wordpress.com/2014/04/casa-grande-e-senzala-de-gilberto-freyre.pdf> Acesso em: 20 de junho de 2015.
- GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília. Cyber Livro, 2005
- GALAVOTE, Heletícia Scabelo. **Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: cenários de paixões e afetamentos**. 2010. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal Fluminense. Niterói.
- GINZBURG, Carlo. **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989
- GONÇALVES, L. G. **Formas inventivas de transitar pelo mundo: uma contribuição dos saberes e práticas populares no Brasil**. 2011. 101f. Relatório (Pós-Doutorado em Educação). UNISINOS, São Leopoldo, RS.
- GOHN, Maria da Glória. **Educação não-formal e cultura política: impactos sobre o associativismo do terceiro setor**. São Paulo. Cortez, 1999.
- HANNOUN, Hubert. **Educação: certezas e apostas**. São Paulo: UNESP, 1998.
- HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- HURTADO, Carlos Nunez. Contribuições para o Debate Latino-Americano sobre a Vigência e a Projeção da Educação Popular. In: **Educação Popular na América Latina: diálogos e perspectivas**. PONTUAL, Pedro, IRELAND, Timothy (organizadores). Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2006. p.147 a 155 (Coleção Educação para Todos; v. 4)
- JATENE, Adib D. Desenvolvimento da Saúde da Família no Brasil. In: **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- JUNIOR, Carlos E. A. C., **Uma conversa com Frederico Simões Barbosa**. Cad. Saúde Pública v.13 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 1997.

JUNIOR, João Baptista Rissi, NOGUEIRA, Roberto Passos. **As condições de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002. Disponível em <http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-04.pdf>. Acessado em: 15 de março de 2016.

KROPF, Simone Petraglia. LIMA, Nísia Trindade. A doença de chagas e o movimento sanitário da década de 1910. In: PONTE, Carlos Fidelis, FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

LAVOR, Antonio Carlile Holanda. O Agente Comunitário: um novo profissional da saúde. In: **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

LIMA, Nísia Trindade. HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: o Brasil Descoberto pelo Movimento Sanitário da primeira República. In: **Raça, ciência e sociedade**. MAIO, Marco Chôr (organizador). Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf. Acessado em 06 de abril de 2016.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978

MAMEDE, Marcia Mendes. **Atendimento integrado à saúde e desenvolvimento da criança: módulo II: roteiro de visita domiciliar**. Brasília, Ministério da Saúde, 1995.

MIALHE, Fabio Luiz. (Org.) **O Agente Comunitário de saúde: práticas educativas**. Campinas: Unicamp, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. Ed. São Paulo, Hucitec, 2007.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F B. da; RAMOS, Z. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o Agente Comunitário de saúde**. Brasília, Ministério do Planejamento, 2000.

OLIVEIRA, Rosely Magalhães. **Pistas para entender a crise na relação entre técnicos e classe populares: uma conversa com Victor V. Valla**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro jul./ago. 2003

OLIVEIRA, Maria Waldenez. **Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde**. Cadernos CEDES. Campinas, vol. 29, nº 79, set/dez. 2009

OLIVEIRA, Maria Waldenez. **Educação Popular e saúde**. Revista Educação Popular. Uberlândia, v. 6, jan./dez. 2007

PAIN, Jairnilson da Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PARAÍBA. **Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde**. Etapa I. CEFOR-RH, 2006

PONTE, Carlos Fidelis. O sanitarismo e os projetos de nação. In: PONTE, Carlos Fidelis, FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

PONTE, Carlos Fidelis, NASCIMENTO, Dilene Raimundo. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, Carlos Fidelis, FALLEIROS, Ialê (organizadores). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SOUZA, Maria de Fátima de. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo!** São Paulo: Hucitec, 2001

STRECK, Danilo R, REDIN, Euclides e ZITKOSKI, Jaime José (orgs.) **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SAVIANI, Dermeval. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. São Paulo. Cortez, 1980

SCOCUGLIA, Afonso Celso. **A história das ideias pedagógicas de Paulo Freire e a atual crise de paradigmas**. João Pessoa, UFPB, 2006.

TAVEIRA, Adriano Salmar Nogueira. A sala de aula – o lugar da vida? In: MORAIS, Regis. **Sala de aula: que espaço é esse?** Campinas: Papirus, 1988

TORRES, Rosa Maria. **Discurso e prática em Educação Popular**. Ijuí. UNIJUÍ, 1988.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular em saúde: de uma prática subversiva a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. In: STRECK, Danilo R, ESTEBAN, Maria Tereza (organizadores). **Educação Popular lugar de construção social e coletiva**. Petrópolis: Vozes, 2013

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e atenção à saúde da família**. São Paulo. Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular nos serviços de saúde**. São Paulo. Hucitec, 1989.

VALLA, Victor Vincent. (Org.) **Educação e Favela**. Petrópolis. Vozes, 1986.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. **Educação popular: metamorfoses e veredas**. São Paulo: Cortez, 2010

WERNER, David. **Onde não há médico**. São Paulo: paulinas, 1984.

ZINN, Gabriela Rodrigues. **A dimensão educativa do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa saúde da Família**. 2007. 105 f. Dissertação (mestrado em psicologia da educação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

ANEXOS

ANEXO I

DIÁRIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Todos os diários foram transcritos respeitando a escrita original para garantir a autenticidade da produção. As participantes⁹⁶ foram identificadas utilizando nomes fictícios assim também como os nomes de ruas citados.

03/10/2016 - (segunda-feira)

Mais um dia de batalha, comecei o meu dia fazendo uma visita a uma acamada junto com a técnica de enfermagem esta acamada se nega a ser acompanhada pela médica, mais ela tem um ferimento no pé que nunca sara e as vezes ela fica muito doente, também fiz visitas domiciliares e cadastramento do e-sus, entreguei os provisórios do cartão SUS e assim conclui o meu dia. Mas a noite um colega recém-contratada chega a minha casa muito preocupada porque a nossa coordenadora lhe pediu o mapeamento de sua área e ela nem tinha idéia de como isso seria feito, então lhe expliquei e ela saiu mais tranquila, pois a secretaria de saúde não capacita seus ACS ao contrata-los, é por isso que essas coisas acontece!?

(ACS Dalila)

07/10/2016 – (sexta-feira)

Hoje o dia foi muito corrido, pela manhã tivemos visitas domiciliares, fui com a médica e a tecnica de enfermagem e tivemos três visitas, a importância dessas visitas é porque aquelas pessoas que não podem ir a UBS elas são atendidas, orientadas e medicadas com a mesma qualidade do consultório.

A tarde nos encontramos no salão da igreja católica (Bom Pastor) para nossa reunião mensal, lá tivemos algumas visitas (Kely nossa ex colega de trabalho, que está fazendo um trabalho muito importante sobre os ACS, também recebemos o nosso presidente do sindicato dos ACS onde nos trouxe algumas informações sobre a votação do Senado Federal que por sinal não aconteceu, se tratava do nosso reajuste salarial, e também das ultimas ideias do nosso atual presidente interino, se tratando dos nossos diretos trabalhistas, que por sinal ele quer tirar nossos direitos alegando que o país está e crise, onde só o pequeno paga, e também a nossa coordenadora que tratou de alguns pontos relacionado ao trabalho.

(ACS Dâmaris)

10/10/2016 (segunda-feira)

⁹⁶Como se percebe os diários foram produzidos por ACS do sexo feminino. No entanto, o convite para a escrita foi feito também ao ACS do sexo masculino, mas estes apresentaram justificativas afirmando dificuldades com a escrita, de modo que tivemos como resultado diários escritos apenas por ACS do sexo feminino.

Saí de casa e fui em direção à rua Davi Nicodemos para fazer visitas. Deixei pra assinar o ponto depois, minha enfermeira não se importa. Cheguei à casa da dona Ana, a última da rua, desci com cuidado a ladeira cheia de pedrinhas nas quais às vezes escorrego. É uma casa situada numa área de risco, por trás, há uma grande vala por onde passa toda água da chuva que é trazida por um canal que a certa altura da cidade termina e a partir dali as pessoas jogam lixo de todo tipo e esgotos e essa parte fica na minha área. O quintal de dona Ana é bem grande, então há uma distância de mais ou menos oito metros da casa para a vala. Chamei a dona Ana já sentindo um cheiro de fumaça que chegava à porta de entrada. Ela já chegou dizendo que está ocupada, sempre descalça e contando histórias, em geral dos netos que moram com ela, de cinco e sete anos, diz que estão com verme ou qualquer outra coisa e pergunta quando tem médico no posto. Hoje falou que a Lia está com manchas na pele. Falei pra ela dos dias de atendimento, destacando o dia de atendimento pra crianças porque fica mais fácil pegar a ficha. Chamei Lia pra dar uma olhada e ela logo veio. Sempre fica me perguntando coisas e rindo pra mim. Devolvo os sorrisos e converso com ela, pergunto da escola e se está fazendo as tarefas direitinho. Perguntei pra dona Ana quando ela viu as manchas e ela disse que de uns dias pra cá. Lá na vizinhança tem vários cachorros e Lia brinca muito pela rua. Falei pra dona Ana que não deve deixar a neta ficar descalça na rua nem brincando nas calçadas onde normalmente os cachorros deitam. Eu disse que ela precisa tomar alguns cuidados senão o remédio não resolve. Me despedi de todos e saí. Algumas mulheres estavam sentadas na calçada do outro lado da rua conversando. Fui até lá, conversei um pouco perguntei pelas crianças, desfrutei por alguns minutos daquela sombra fresca e enfrentei o sol mais uma vez. Fiz mais quatro visitas. Estava cansada de falar (em algumas visitas falamos mais, algumas pessoas perguntam muito). De tarde voltei à mesma rua pra encerrar as visitas nela. Foram mais sete famílias. Por sorte encontrei todas as casas abertas.
(ACS Isabel)

11/10/2016 – (terça-feira)

Neste dia me organizei para fazer visitas na casa de pessoas que tem crianças menores de dois anos de idades, como todos os meses faço e assim acompanhar o peso e sucessivamente o desenvolvimento das crianças. Sai de casa aproximadamente as 08h00min da manhã, fui a unidade para assinar o ponto e depois comecei fazer minhas visitas.

Pesei algumas crianças que estavam com o peso bom, mas como sempre tem uma de baixo peso e por mais que oriente sempre não consegue ficar com o peso adequado, pois vive em uma família desestruturada, bem difícil com vários problemas.

Há tarde eu havia esquecido não fui pesar e sim fazer visitas na casa de pessoas domiciliadas com a médica. Fomos a quatro casas e a médica consultou cinco pessoas, cada uma com seu problema em particular mais com uma mesma semelhança todas tem pressão alta. Na primeira visita a senhora estava com a pressão muito alta assim como todas as vezes que vou a sua casa, não faz a dieta e não caminha. Na outra são duas irmãs que moram juntas bem idosas e todos os meses ouço as mesmas histórias das duas; uma delas chama a doutora de “santa” pelo fato de ter melhorado de sua tontura com a medicação que a medica passou, ainda diz a todos e todas as vezes que vai me dar um presente. Na outra, todas as vezes que faço visita a senhora me convida para seu casamento, ela é tão alegre mesmo em seus delírios de velhice. E por fim a casa da paciente que se recusa se tratar rejeitando todas as visitas de médicos por ter Alzheimer, mais a pedido da filha fomos, se não fosse por motivo de saúde seria até engraçado, pois ela não quer nem verificar a pressão, mais graças a Deus até hoje me conhece e deixa que eu entre em sua casa, sempre me tratando muito bem.

Após o termino das visitas voltei à unidade de saúde onde junto com a enfermeira fomos contar a quantidade de crianças que haviam comparecido para tomar vacina no sábado anterior, pois havia sido o dia da campanha nacional.
(ACS Salomé)

14/10/2016 – (sexta-feira)

Saindo para a unidade de saúde para receber algumas recomendações da enfermeira e em seguida ir para área realizar visitas domiciliares com orientações e prevenção, entrega de consultas e cadastro de família recém chegados na área, cadastrar recém nascidos, visitar crianças com vacinas atrasadas, para mais uma vez, conscientizar as mães da grande importância de manter as vacinas de suas crianças em dia; respeitando é claro as suas crenças, pois já me deparei com pais que se recusaram a dar as vacinas de seus filhos. Aí temos que entrar um pouco além de uma simples conversa. No nosso trabalho sempre nos deparamos com algo imprevisível e precisamos estar atentos.
(ACS Tamar)

ANEXO 2

FOTO 2 - OS PRIMEIROS ACS DE MARI



Fonte: arquivo pessoal de uma ACS

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO/ENTREVISTA INFORMATIVO/A – AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE, MARI – PB.

Mari, ____/____/____

1 – Sexo: () Masculino () Feminino

2 – Sua idade está entre:

() 18 e 25 anos () 26 e 33 anos

() 34 e 41 anos () 42 e 49 anos () + de 50

3 – Em que ano você começou a trabalhar como Agente Comunitário de Saúde? ____

4 – Você atua: () Zona urbana () Zona rural

5 – Antes de ser Agente de saúde você participava de algum trabalho comunitário em:

() Pastoral da criança () Grupo de Igreja

() Associação de bairro() () Nenhum

() Outro. Qual? _____

6 – Quando você começou trabalhar, era: () PACS () PSF

7 – Seu ingresso na função se deu por meio de:

() Processo seletivo () Concurso público

() Outra forma

8 – Qual foi o nível de escolaridade exigido para se candidatar à função?

() Saber ler e escrever () Ensino fundamental completo

() Ensino fundamental incompleto () Ensino médio completo

9 – Há quantos anos você já morava no local em que começou a atuar como ACS? ____

10 – Quando começou no trabalho como ACS qual era sua escolarização?

() Alfabetizado/a () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo

() Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto

() Superior Completo () Curso profissionalizante

11 – Atualmente qual sua escolarização?

- ☐)Alfabetizado/a ☐)Fundamental Incompleto ☐)Fundamental Completo
☐)Médio Incompleto ☐)Médio Completo ☐)Superior Incompleto
☐)Superior Completo ☐)Curso profissionalizante

12 – Para ter bom resultado no atendimento à comunidade indique quatro pontos mais importantes para o/a ACS:

- ☐) conhecer bem as pessoas do lugar ☐) participar da formação em serviço
☐) aprender com as/os colegas ACS ☐) ser bastante escolarizado
☐) ser da mesma fé que o usuário do serviço ☐) ter boa saúde para dar exemplo
☐) ser comunicativo

13 – Você tem interesse em estudar, qualificar-se mais?

- ☐)Sim
☐)Não
☐)Não sei

14 – Você dispõe de tempo para qualificar-se mais?

- ☐)Sim
☐)Não
☐)Não sei

15 – Antes de ser Agente de saúde você participava de algum trabalho comunitário em:

- ☐)Pastoral da criança ☐)Associação de bairro ☐)Grupo de Igreja
☐)Outro. Qual? _____ ☐)Nenhum

16 – Se você participava de algum trabalho comunitário, acha que isso contribuiu para sua integração na função de ACS?

- ☐)Sim
☐)Não

17 – Antes de ser ACS, alguém de sua casa ou você “exercia” algum tipo de “trabalho referência” na comunidade como:

- ☐)Rezadeira ☐)Líder de grupo de alguma Igreja
☐)Parteira ☐)Líder de grupo **Não ligado** à Igreja/as
☐)Presidente de Associação ☐)Professora/or
☐)Outro. Qual? _____

18 – Atualmente, você participa de algum grupo comunitário?

- ☐)Sim
☐)Não

Se sim, qual? _____

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS

- 1 – Antes do seu ingresso como ACS, quais eram suas práticas, qual seu trabalho social ou popular mais importante?
- 2 – O que pesou mais para seu ingresso como ACS, sua prática popular/social ou seu grau de escolarização?
- 3 - Você ingressou na função por processo seletivo ou concurso público?
- 2 – Você recebeu algum treinamento/curso para poder começar a atuar como ACS? Fale sobre isso. Os treinamentos são regulares?
- 3 – O treinamento/curso tratou da questão da educação popular em saúde?
- 4 – Quais as maiores dificuldades para o ACS: o contato com os usuários e suas resistências à mudança, o contato com os seus superiores ou a burocracia do serviço?
- 5 – Entre as principais funções do ACS está a promoção da saúde, ou seja, trabalhar com a comunidade através de ações educativas (individuais e/ou coletivas). Qual ou quais são suas contribuições mais importantes para isto?
- 6 – Você se considera um educador em saúde em suas práticas?
- 7 – Se a categoria ACS deixasse de existir você acha que a comunidade sentir falta do trabalho que você desenvolve?
- 8 – E o Programa Saúde da Família, conseguiria funcionar sem os Agentes?
- 9 - Você considera o material de trabalho do qual dispõe , adequado para organizar e efetuar suas atividades educativas no seu cotidiano de trabalho
- 10 – Você está satisfeito com o Plano de Cargos Carreiras e Salários (mecanismo através do qual as pessoas podem “crescer” dentro de uma determinada função em níveis e remuneração) para a profissão Agente Comunitário de Saúde? Quais suas considerações sobre isso?
- 11 – O que de mais importante você aprendeu como ACS? O que você gostaria de alterar se estivesse cuidando da formação de um ACS no início de seu trabalho?

APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO DE AFASTAMENTO

EXCELENTÍSSIMO SR. PREFEITO MUNICIPAL DE MARI - PB

DEFERIDO
EM ____/____/____

INDEFERIDO
EM ____/____/____

Considerando aprovação na seleção de mestrado 2015 para cursar pós graduação em educação na Universidade Federal da Paraíba, a Srta. FRANKIKELY DA CUNHA BANDEIRA portadora de RG _____ CPF _____ residente e domiciliada à rua _____ - Mari-PB, funcionária pública municipal, matrícula 1526 lotada na Secretaria Municipal de Saúde exercendo o cargo/função de Agente Comunitária de Saúde com admissão em 08 de Maio de 2004, vem respeitosamente requerer de Vossa Excelência licença com vencimentos por vinte e quatro meses a partir do dia 30 de Março do corrente ano.

Reconhecendo que a lei 437/97 que trata do regime jurídico dos servidores do município de Mari não prevê a situação acima requerida, mas somente os profissionais do magistério podem requerer tal licença baseados na lei 519/2001, apresento a seguir traços do perfil profissional do Agente Comunitário de Saúde baseados em documentos oficiais a serem levados em consideração no sentido de reconhecê-lo como promotor de educação em saúde.

A lei 10.507/02 que criou a profissão estabelecendo suas atividades destaca: a promoção de ações de educação [...]

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) elaborou em 2003 um documento contendo o perfil de competências profissionais do ACS, um ano após a criação da profissão, o documento cita cinco competências seguidas das habilidades e dos conhecimentos necessários para bem desenvolvê-las, dentre elas destacamos: "o desenvolvimento de ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas e do estímulo à participação social pretendendo melhoria da qualidade de vida da população, o apoio as políticas de alfabetização de crianças e adultos, a necessidade de compreender os conceitos de educação [...] relações com os processos educativos e formas de aprender e ensinar em educação popular. O caráter pedagógico do trabalho deste profissional é inclusive objeto de pesquisa apresentado no projeto (em anexo) a-ser estudado no curso em questão reconhecendo assim que embora seja um profissional lotado na Secretaria de Saúde, não se trata de um profissional da saúde apenas mas também, seguramente de um educador popular em saúde uma vez que sua prática diária baseia-se em ações de educação.

Nestes termos,
Pede deferimento

Mari, 17 de março de 2015

Frankikely da Cunha Bandeira
REQUERENTE

Recebido em:
17/03/2015
[Assinatura]