

As práticas educativas dos agentes comunitários de saúde e a educação popular

Clemildo Anacleto da Silva¹

Jorge Luiz Ayres Gonzaga²

Jose Clovis de Azevedo³

Resumo: *O presente texto reflete sobre a prática profissional dos agentes comunitários de saúde e a sua relação com a educação popular a partir dos relatos destes profissionais da saúde. Pretende-se contextualizar a saúde pública no modo de produção capitalista e evidenciar as interações advindas desta relação, destacando a precariedade da formação técnica e profissional dos agentes comunitários de saúde. Observa-se que, contextualizada pela estruturação capitalista, a prática profissional dos agentes comunitários de saúde se efetiva como instrumento de promoção e prevenção em saúde pública. Esta prática está fundamentada na educação popular que se alicerça na realidade dos indivíduos e na construção dialógica do conhecimento. Articula-se o conceito de educação popular com o conceito de educação não formal na construção de processos educativos. Assim sendo, procuramos demonstrar que a educação popular é instrumento de promoção da autonomia dos indivíduos na utilização dos serviços ofertados pelo sistema público de saúde.*

Palavras-chave: *Agentes Comunitários da Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Educação popular.*

Abstract: *The present article analyzes the professional practice of community health agents and its relationship with the popular education. Contextualize public health in the capitalist mode of production and putting in relief the interactions arising from this relationship, we observe the precariousness of technical and vocational training of community health agents. It emphasizes that, contextualized by the capitalist structure, the professional practice of community health agents is presented as an instrument of promotion and prevention in public health. This practice is based in popular education that is grounded in the reality of individuals and dialogical knowledge construction. Thus, we examine the concept of popular education and the concept of non-formal education, linking them with the construction of educational processes that promote the autonomy of individuals who use the public health system.*

Keywords: *Community Health Agents; Family Health Strategy; Popular education.*

Introdução

Os agentes comunitários de saúde são os profissionais da área da saúde que realizam a ligação entre a equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁴ e a comunidade

¹Doutor em Ciências da Religião, mestre em Educação e licenciado em Filosofia. Professor das disciplinas de Bioética e Seminário Interdisciplinar do mestrado em Reabilitação e Inclusão do Centro Universitário Metodista – IPA, em Porto Alegre. E-mail: clemildo_anaclet@uol.com.br

²Mestre em Reabilitação e Inclusão, doutorando no PPG/Educação da Unilasalle. Professor de História da rede pública de educação do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: jl.ayresgonzaga@yahoo.com.br

³Doutor em educação. Professor da disciplina de Reabilitação e Educação do mestrado em Reabilitação e Inclusão do Centro Universitário Metodista IPA. E-mail: jose.azevedo@metodistasul.edu.br

assistida por essa equipe, que está inserida na Atenção Primária à Saúde (APS)⁵também conhecida como Atenção Básica.

A ESF é a expressão que se caracteriza pelo desenvolvimento de “um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2009, p.15) do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela lei nº 8080/1990 e que estão (ESF e SUS), fundamentados nos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação da comunidade, Descentralização, Regionalização e Hierarquização (BRASIL, 2009).

Esses profissionais possuem em sua atividade profissional algumas atribuições que estão relacionadas ao processo de construção do conhecimento. Portanto, dentro de sua esfera de competência profissional, estão inclusos no processo de educação e, em particular, no conceito de educação popular. Assim, algumas práticas desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde no âmbito da promoção e da prevenção a saúde das comunidades em que esse profissional atua serão descritas e analisadas neste texto. Objetivamente queremos refletir sobre a prática educativa do agente comunitário de saúde. Mais especificamente, entendemos que essa prática se caracteriza como educação popular. Portanto, nesse texto, procuraremos demonstrar de que forma a prática do agente de saúde pode ser também entendida como uma prática educativa relacionada à educação popular.

Segundo Valla (1999), as atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, no âmbito de sua prática profissional, se inserem em um espectro maior no contexto social, o qual está relacionado à educação popular, à saúde comunitária e ao apoio social na conjuntura da globalização⁷; o que, também demonstra a inserção que a ESF tem no acesso e na distribuição dos recursos da saúde pública na APS. Isso é refletido de maneira significativa nas classes sociais em situação de vulnerabilidade social, ou com acesso restrito ou nulo ao sistema privado de saúde, as quais consequentemente dependem do sistema público. Assim sendo, o autor evidencia que a prática profissional dos agentes comunitários de saúde, na

⁴ Anteriormente denominada de Programa de Saúde da Família, consiste em uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Pode ser composta por profissionais de outras áreas.

⁵ Também conhecida como Atenção Básica que faz parte do Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

⁶ SUS é o Sistema Único de Saúde que organiza o sistema de saúde no Brasil.

⁷ Globalização é um processo de integração que,segundo Bauman (2007, p. 12) consiste em que: “As pressões voltadas à perfuração é a quebra de fronteiras, comumente chamadas de “globalização” fizeram seu trabalho; com poucas exceções, que estão desaparecendo rapidamente. Todas as sociedades são agora total e verdadeiramente abertas, seja material ou intelectual. Ou seja, as fronteiras nacionais são precarizadas e tornam-se flexíveis.

esfera da educação popular como estratégia de promoção e prevenção em saúde, se situa em um planejamento governamental que procura, entre outros objetivos, a redução dos custos em saúde pública nos níveis de média e alta complexidade.

Merhy (1987) situa a saúde pública como uma das formas de o capitalismo reproduzir a força de trabalho necessária a sua própria reprodução, ou seja, o sistema capitalista necessita que os indivíduos possuam o necessário a sua subsistência, tanto material como moradia, alimentação, vestuário, quanto imaterial como lazer, cultura, para que com sua “força” de trabalho possam reproduzir o capital. Conforme o autor:

As práticas sanitárias estarão executando funções do capital através de ações, que viabilizam a ocupação do espaço urbano, submetendo às relações de produção capitalista. Note-se que não são as práticas sanitárias que irão determinar a produção da força de trabalho ou o espaço urbano capitalista, mas sim as relações de produção capitalistas, nas quais, essencialmente, o capital designa quais serão os recursos sociais necessários à sua dinâmica de “produção e apropriação da “mais-valia” e como serão utilizados (MERHY, 1987, p. 39-40)

Nesse sentido, os processos de promoção e prevenção a saúde, centrados no modo de produção capitalista, veem o indivíduo como uma mercadoria que deve estar em plenas condições de ocupar o seu lugar no processo de produção e reprodução do capital, e deposita a responsabilidade da promoção do “indivíduo sadio apto ao trabalho” no próprio indivíduo. Portanto, induz à compreensão de que o apartamento dos meios necessários a sua sobrevivência é única e exclusivamente de sua responsabilidade, e de que o indivíduo possui o controle sobre a promoção e a prevenção da sua saúde. Assim, seguindo a lógica do modo de produção capitalista, a qual reafirma que o indivíduo é responsável por sua saúde e assim não deve onerar o Estado com aumento de recursos gastos em saúde. Os recursos não gastos com a saúde pública devem ser transformados em mais-valia. Complementa o autor afirmando que:

Entretanto, as práticas sanitárias irão participar da reprodução da força de trabalho e das condições materiais, nas quais a força de trabalho se reproduzirá adequadamente, segundo as necessidades impostas pelo processo de acumulação do capital. É nesta circunstância que se torna compreensível a análise das práticas sanitárias, enquanto práticas sociais de efeitos predominantemente infraestruturais. (MERHY, 1987, p. 40)

Desta maneira, o autor não dissocia a relação entre o modo de produção capitalista e o sistema de saúde constituído na sociedade. Ele evidencia que essa relação é pautada pelas relações de produção entre os indivíduos no interior da sociedade.

A ESF, como o próprio nome já diz, é uma política de saúde pública centrada no princípio de que uma equipe deve atuar em uma determinada comunidade, delimitada em um

determinado território, proporcionando que a equipe de saúde desenvolva um vínculo com esta comunidade a fim de que este vínculo sirva de alicerce ao desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da promoção, da prevenção e do acompanhamento e tratamento de patologias que, por ventura, os usuários possam ter.

O ACS é o profissional da equipe da ESF que construirá um vínculo perene com a comunidade assistida, e está alicerçado no fato de ser morador da região na qual atua. Um dos pressupostos, ou exigências que o Ministério da Saúde faz para o exercício da profissão dos ACS, é que este seja morador da comunidade assistida pela ESF. Isso facilitaria o relacionamento do usuário com o serviço de saúde e estimularia a adesão do usuário a esse serviço público de promoção e de prevenção em saúde, bem como auxiliaria no acompanhamento e tratamento de patologias.

A equipe da ESF é constituída de um médico de família (de preferência especializado em saúde comunitária), de um enfermeiro, de um técnico em enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (em número de quatro a seis por equipe). “Algumas equipes contam também com odontólogos, técnicos em saúde bucal, psicólogos, assistentes sociais e de outros profissionais da saúde que poderão ser incorporados conforme as necessidades e possibilidades locais” (ZINN, 2007, p. 07).

Entretanto, o ACS é o profissional da equipe de saúde que possui o menor grau de instrução formal e de formação profissional, sendo exigido dele, na maioria das ESF em vigência, o Ensino Fundamental, e em alguns casos o Ensino Médio. Zinn, refletindo sobre a prática profissional dos agentes comunitários de saúde e sobre a relação do conhecimento que este profissional possui, e o conhecimento produzido na esfera do conhecimento científico, afirma que:

Assim, o excesso pode ser associado à precariedade de definição na atuação desse profissional que, para uma sociedade que valoriza os saberes científicos, o ACS portador de um saber operante fica à margem da equipe e, por fim, torna-se executor de diversas tarefas: acolhimento à população na UBS⁸, visitador da população para cadastrar, atualizar cadastros, monitorar os cuidados estabelecidos para a saúde, realizar orientações aos grupos priorizados, além de agendar consultas e exames, retirar medicamentos na farmácia do posto e entregar para determinados pacientes, participar dos grupos de orientação, realizar relatórios e participar de reuniões de equipe. (ZINN, 2007, p.51-52)

Esse evento demonstra as dificuldades que este profissional da saúde encontra no seu trabalho cotidiano, fato relacionado a sua formação, a qual, em diversos aspectos, não está conectada com a realidade em que está inserido. A partir dessa perspectiva de abordagem da

⁸ UBS é a Unidade Básica de Saúde, porta de entrada dos usuários no sistema de saúde público.

prática profissional dos agentes comunitários de saúde, de sua formação e dos conhecimentos que esse profissional possui, continua a autora:

[...] Aqui nota-se o potencial do saber operante do ACS que vivencia a *realidade concreta* da comunidade em que vive, porém, a precariedade de um saber científico ainda o torna perdido e com a sensação de sobrecarga diante do que a “cientificidade” da equipe de saúde delega e o que a “concretude” do cotidiano demanda. Nota-se um potencial latente na ação do ACS (ZINN, 2007, p. 52, grifo nosso).

Assim sendo, mesmo não possuindo um conhecimento especializado na esfera da saúde, a autora sustenta que os agentes comunitários de saúde possuem um potencial para o desenvolvimento de práticas educativas e que podem contribuir para a promoção e para a prevenção na saúde dos usuários das comunidades assistidas pela ESF.

Dessa maneira, os ACS não possuem um conhecimento técnico que possa fazer com que eles intervenham de maneira significativa na perspectiva da saúde sob o paradigma curativo, e nem é o foco de suas atribuições. Entretanto, esse profissional orienta o seu exercício laboral privilegiando a promoção e a prevenção em saúde ao desenvolver estratégias na esfera da educação, objetivando que esta informação se transforme na construção do conhecimento como instrumento que proporcione uma melhor qualidade de vida aos indivíduos usuários do sistema de saúde público.

A atividade profissional dos ACS e a educação popular

Entre as atividades profissionais dos ACS, podemos destacar as seguintes atribuições delimitadas nas portarias do Ministério da Saúde que são destacadas assim por Cristina Rocha Façanha:

Sobre as portarias que normatizam as atribuições dos ACS e legitimam as diretrizes do PACS⁹, podemos subdividir seis categorias de atribuições: A primeira são as atribuições ligadas às atividades de cadastro e diagnóstico; a segunda a de monitoramento e acompanhamento; a terceira de encaminhamentos às Unidades de Saúde; “a quarta de ações educativas”; a quinta de ações de mobilização social e a sexta relacionada às atividades específicas para ações direcionadas à dengue e à febre amarela. As cinco primeiras atribuições são relacionadas à Portaria nº. 1886/97 e a última corresponde às atribuições da Portaria nº. 44/2002 (FAÇANHA, 2006, p. 28)

Entre as atribuições dos agentes comunitários de saúde está a construção de “ações educativas”. Sendo que as práticas executadas, a partir das atribuições dos ACS acima citadas,

⁹ PACS é o Programa de Agentes Comunitários de Saúde não se constituindo em uma equipe. É formado pelos ACS com supervisão, geralmente, de enfermeiro.

são construídas através de estratégias articuladas de acordo com as necessidades da realidade dos usuários do serviço de saúde.

Para exemplificar essas práticas educativas, desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde em conjunto com os usuários, devemos sinalizar que o referencial teórico está fundamentado na educação não formal - na dimensão da educação popular como construção do conhecimento a partir da realidade dos atores sociais que produzirão esse conhecimento. Trilla(2008, p.32-33) conceitua a educação formal, não formal e informal da seguinte maneira:

[...] a educação formal seria toda a educação desenvolvida dentro do sistema educacional de forma institucionalizada, graduada, hierarquizada indo da escola primária até os últimos graus da universidade; a educação não formal seria aquela que é organizada, sistemática, educativa, mas que é realizada fora do marco do sistema oficial e que tem como objetivo facilitar determinados tipos de aprendizagens a subgrupos específicos da população; e a educação informal que é um processo que dura a vida inteira, e em que as pessoas constroem conhecimento, habilidades, atitudes e modos por meio de experiências diárias na interação com o meio.

A partir dessa abordagem, a prática profissional dos agentes comunitários de saúde se insere na perspectiva da “educação não formal”, pois não é realizada dentro do sistema educacional institucional. Entretanto, ela é organizada e é sistemática, tendo como objetivo a construção do conhecimento e sendo alicerçada na realidade dos sujeitos constitutivos desse processo de construção do conhecimento. Gohn (2010, p.16) caracteriza os processos educativos da seguinte maneira:

Em princípio podemos caracterizar a educação formal como aquela desenvolvida nas escolas, com conteúdos previamente demarcados; a educação não formal é aquela que se aprende no “mundo da vida”, via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianos; e a educação informal como aquela na qual os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização gerada nas relações e relacionamentos intra e extrafamiliares (amigos, escola, religião, clube etc.)

Neste sentido a autora vai ao encontro de Trilla (2008) quando destaca o campo em que se desenvolvem a educação formal, a não formal e a educação informal, podendo servir de referência para a análise da prática educativa dos ACS. A prática educativa desses profissionais possui características da “educação não formal” e da “educação informal”, porque, mesmo não ocorrendo de forma sistemática, como característica da educação formal, as informações que os agentes comunitários de saúde transformam em conhecimento possuem uma sistematização, uma organicidade, ou seja, foram elaboradas como conhecimento científico. Entretanto, a reelaboração desses conhecimentos em conjunto com os usuários é

construída em salões paroquiais e, inclusive, em ambientes escolares, caracterizando-se assim como educação não formal, mas também com aspectos da educação informal.

Sob essa perspectiva, Freire (1999), em sua famosa e reconhecida proposta pedagógica, firmava a convicção de que a produção do conhecimento deveria ser fundamentada na realidade dos educandos. Em sua obra *Pedagogia da Esperança*, ele reafirma a convicção de que o conhecimento deve estar alicerçado na realidade e na concreticidade dos sujeitos sociais; tal convicção é expressa na seguinte experiência que o autor teve com um interlocutor de origem humilde da região nordeste, descrita na *Pedagogia da Esperança*:

Nas idas e vindas da fala, na sintaxe operária, na prosódia, nos movimentos do corpo, nas mãos do orador, nas metáforas tão comuns ao discurso popular, ele chamava a atenção do educador ali em frente, sentado, calado, se afundando em sua cadeira, para a necessidade de que, ao fazer o seu discurso ao povo, o educador esteja a par da compreensão do mundo que o povo esteja tendo. Compreensão do mundo que, condicionada pela realidade concreta que em parte a explica, pode começar a mudar através da mudança do concreto. Mais ainda, compreensão do mundo que pode começar a mudar no momento mesmo em que o desvelamento da realidade concreta vai deixando expostas as razões de ser da própria compreensão tida até então. A mudança da compreensão, de importância fundamental, não significa, porém, ainda, a mudança do concreto. (FREIRE, 1999, p. 27-28)

Nessa narrativa teórica, é sintetizada a convicção de que o processo de construção do conhecimento é dialético e dialógico, no qual a realidade e a concreticidade do mundo vivido pelos educandos - ou, dizendo de outra maneira, pelos indivíduos que produzem o conhecimento - devem estar fundamentadas nas vivências e nas concreticidades dos sujeitos que constroem o seu conhecimento. Esse conhecimento, a partir da afetação que produziu no construtor do conhecimento e da transformação que realizou no sujeito do conhecimento, deve ser internalizado para que possa, a partir disso, ser um instrumento de transformação da realidade pelos seus construtores. A produção do conhecimento deve necessariamente ser significativa, ao educando e ao educador.

Kosik (2002), na sua obra *Dialética do Concreto*, propõe que os homens devem aprofundar o conhecimento partindo dos fenômenos para o conhecimento da essência. Desta maneira, alinha-se a compreensão do concreto, objetivando a transformação da concreticidade conhecida. Anteriormente, Karl Marx (1982. p.16) já havia feito uma crítica ao método dialético de Hegel:

Meu método dialético, por seu fundamento, difere do método hegeliano, sendo a ele inteiramente oposto. Para Hegel, o processo do pensamento, que ele transforma em sujeito autônomo sob o nome de idéia, é o criador do real, e o real é apenas sua manifestação externa. Para mim, ao contrário, o ideal

não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ela interpretado.

Marx (1982) preconiza que não são as ideias que produzem a realidade concreta dos sujeitos mas, ao contrário, é a realidade das relações sociais em que os sujeitos estão inseridos que refletem o conjunto de ideias dos indivíduos. Pode-se compreender que é a realidade dos sujeitos o fator desencadeador das construções sociais em que os homens se inserem e se relacionam a partir do contexto social no qual produzem os meios necessários a sua existência.

Neste sentido, também Moacir Gadotti destaca que a construção do conhecimento é fruto da realidade dos educandos. Segundo o autor, em seu texto *Pedagogia da Práxis*:

Procurei realçar não só a igualdade entre educador e educando, mas também as *diferenças* (grifo do autor). A concepção primeira do diálogo procura realçar demasiadamente a unidade e a igualdade, desvalorizando as diferenças. E o que ocorre na prática do ensino é que alguém ensina, que alguém aprende, que alguém provoca a aprendizagem, a estimula, a testemunha, etc. – papéis diferentes – e que também há uma relação educadora em que ambos se educam e aprendem. (1998, p. 18)

O pesquisador reflete que a construção do conhecimento deve ser um processo desenvolvido na interação entre os indivíduos agentes do conhecimento. Desta maneira, aquele conhecimento que é construído, além de refletir a realidade vivida, possuirá significância para os sujeitos produtores do conhecimento. Será o suporte para a transformação da realidade com o intuito de melhorar a qualidade de vida – e aqui se consideram educandos, os usuários e os ACS, pois, na concepção freiriana, os homens não se educam sozinhos e não recebem a educação de outro homem como uma dádiva, mas constroem o conhecimento juntos ou em “comunhão”, realidade esta que se produz por meio da práxis. Por isso, considera-se que ambos, os agentes comunitários de saúde e os usuários, são educandos e educadores, pois ambos se educam no processo de construção do conhecimento em saúde. Assim, se destacará a construção na esfera da educação destes dois atores sociais, os ACS e os usuários. Mas, isso não significa que os outros profissionais da equipe não participem desta construção – e entre estes profissionais estão os enfermeiros e os médicos, os quais destacamos em particular, que participam ativamente da formação inicial e continuada dos ACS.

As práticas educativas dos agentes comunitários de saúde a partir da educação popular

Uma das experiências, a qual consideramos oportuna descrever, é a desenvolvida com usuários adultos que têm diagnóstico de patologias crônicas, as quais na linguagem

popular costumam ser definidas como “sem cura”, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes, mas que, no entanto, possuem tratamento para estabilizá-las e controlá-las. Uma das realidades encontradas, e que não foi um único caso, foi a de um usuário não alfabetizado que tinha enorme dificuldade para tomar a medicação prescrita pelo médico e assim controlar a sua hipertensão arterial. Foi solicitado a ele, em uma conversa, que demonstrasse como procedia para tomar a medicação. Este disse que tomava “os remédios três vezes por dia”: pela manhã, à tarde e à noite, contudo, sem regularidade no horário e ingeria as medicações aleatoriamente devido ao fato de não poder identificá-las por intermédio da leitura.

Com essa prática, o usuário ingeria a medicação de maneira inapropriada o que não contribuía para o controle da patologia. Em função do contexto social em que estava inserido, de baixa renda e de baixa escolaridade, o usuário se sentia inibido em relatar a sua condição de não alfabetizado. A partir do relato do usuário, o ACS, por meio do vínculo que estava construindo (e que continua sendo construído cotidianamente entre esses atores sociais), elaborou uma estratégia visando à construção de um conhecimento educativo na sua prática profissional em conjunto com o usuário. Esta consistiu no seguinte: sempre que o usuário retirava a medicação na Unidade de Saúde (na qual está inserida a ESF), o ACS iria a sua residência e separaria as medicações em frascos distintos e rotularia colocando “legendas identificativas” que possuísem significados com a realidade do usuário, facilitando a compreensão dos horários em que deveriam ser ingeridas as dosagens da medicação.

As legendas que foram fixadas nos frascos traziam as seguintes informações: pela manhã, o indicativo para tomar a medicação era a ilustração de um “nascer do sol” e a quantidade de pílulas que deveriam ser ingeridas naquele momento e passava-se assim para os outros frascos sucessivamente; a próxima dosagem era ilustrada com a figura de um “sol cheio”, pleno de sua irradiação do meio-dia e, posteriormente, a terceira dosagem com a figura ilustrativa de uma lua sinalizando “a noite”. Devemos ressaltar que, foi levada em conta a divisão das dosagens da medicação ao longo das vinte e quatro horas do dia, ou seja, para a medicação prescrita que deveria ser tomada três vezes ao dia (vinte e quatro horas) seriam referências às ilustrações feitas nos frascos com as medicações e os horários exatos. Isso se deve ao fato de que alguns usuários ingerem a medicação sem a observância do horário específico das dosagens.

Destaca-se, também, que, nesse caso, os usuários já dominavam os códigos elementares de matemática identificando os números, e na maioria dos casos as horas do dia. No caso de o usuário não conhecer esses códigos de linguagem, o ACS e os usuários construiriam outros códigos para que o tratamento prescrito fosse eficaz.

Outra prática educativa realizada pelos agentes comunitários de saúde é a formação de grupos visando à promoção e à prevenção em saúde. Neste sentido, podemos descrever a construção de um grupo de mulheres de uma determinada rua, em uma comunidade, que se reunia periodicamente para tomar chimarrão. A ACS que atuava naquela comunidade percebeu que esta reunião de moradoras, que ocorria regularmente, poderia ser um momento apropriado para desenvolver um trabalho, uma prática, a partir de uma estratégia educativa em saúde. O foco central seria a reunião das moradoras e a participação coletiva das usuárias em assuntos e temas significativos como saúde, segurança, cidadania, moradia etc., todos relacionados com a comunidade em que moravam.

Assim, durante esses encontros, foi planejada a discussão de diversos temas versando sobre saúde como fator de promoção e prevenção em saúde, e que estaria alicerçada na construção do conhecimento por meio das informações que a ACS tinha obtido na sua formação profissional. A tônica desses encontros consistia em temas ligados à problemática de gênero prioritariamente, mas não somente sobre esses temas. Tratavam também de assuntos que faziam parte do cotidiano das usuárias e de suas famílias, entre os quais podemos citar: a concepção (cuidados durante a gravidez, cuidados pré-parto e pós-parto); os métodos contraceptivos; a amamentação; o calendário de vacinação das crianças; a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; a importância de adesão ao tratamento, em particular o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica; o fluxo para o acesso aos serviços prestados pela Estratégia de Saúde da Família, marcação de consultas e atendimentos de urgência; e, o funcionamento do sistema de saúde de referência e contrarreferência em seus níveis de média e alta complexidade.

Com isso, a partir da concreticidade das usuárias, a agente comunitária de saúde desenvolveu um processo de construção do conhecimento significativo que refletia a realidade dos participantes desse grupo, no qual o significado do conhecimento construído aliava-se ao formulado no nível do conhecimento científico trazido pela ACS na sua prática profissional na dimensão da educação popular. A construção do conhecimento entre a agente comunitária de saúde e as usuárias ocorreu a partir da realidade vivida pela comunidade e pelos seus membros, indo ao encontro do que Freire já sinalizava como fundamental no processo de construção do conhecimento e da educação, alicerçado nos “temas geradores” (FREIRE, 1983, p., 111). A relação entre educandos e educadores, segundo Paulo Freire, provocaria a efetiva significância do conhecimento, porque o conhecimento significativo está ligado à vivência e à realidade vivida destes que são os construtores desse conhecimento.

Desse modo, os resultados da produção de um novo conhecimento pelos atores sociais envolvidos foram positivos porque partiram da realidade e de uma prática construída socialmente – a de se reunir em um grupo para tomar chimarrão no final da tarde. Isso predispunha o coletivo da comunidade a ser receptivo a uma socialização de um novo conhecimento construído em conjunto com o profissional de saúde; destaca-se a importância, como em todas as práticas profissionais dos ACS, do vínculo que o profissional desenvolve junto à comunidade a qual pertence.

Uma das maiores dificuldades do sistema de saúde público em todas as suas esferas, e mais especificamente na APS na qual se insere a ESF, é a falta de conhecimento que o usuário possui do funcionamento e do fluxo de acesso ao serviço de saúde no campo da promoção e da prevenção, e no do tratamento de patologias. Em sua grande maioria, os usuários não têm o conhecimento do funcionamento do serviço de saúde, contemplados pelas ESF e pelas Unidades Básicas de Saúde. Isso que faz com que o acesso a este serviço seja difícil. Esta dificuldade está ligada ao modelo curativo desenvolvido no sistema de saúde ao longo do tempo que privilegiava o tratamento de doenças em relação à promoção e à prevenção em saúde em que os indivíduos somente procurariam o serviço de saúde quando estivessem doentes (CHAVES, 2005).

Outra prática educativa desenvolvida pelos ACS, no âmbito do fluxo de acesso ao sistema, é a realização da chamada “sala de espera”. Consiste em utilizar o tempo em que o usuário aguarda pela consulta com o médico para informar quais são as rotinas de atendimento, os tipos de serviços oferecidos na ESF, a importância do comparecimento às consultas e a importância da promoção e da prevenção em saúde como instrumento da melhora da qualidade de vida dos indivíduos, as rotinas administrativas e os encaminhamentos de exames clínicos, as práticas preventivas para evitar a transmissão de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis, a gonorreia, o HPV, o HIV etc), a importância do aleitamento materno, etc.

A prática de “sala de espera” proporciona que o usuário conheça o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família no local de atendimento e possa esclarecer suas dúvidas em uma situação de baixo estresse, ou seja, em um momento em que o usuário está aguardando o atendimento médico ou de enfermagem. A interação desenvolvida pelo agente comunitário de saúde junto ao usuário do sistema de saúde na Estratégia de Saúde da Família, na “sala de espera”, ocorre de maneira informal em relação à percepção negativa que a doença possui, porque esta gera um grau de sofrimento elevado e, nesse momento, o usuário, na maioria das vezes, aguarda uma consulta agendada que visa à prevenção ou ao acompanhamento de um

tratamento. Na prática educativa produzida na “sala de espera” elabora-se um conhecimento centrado na realidade do usuário no momento em que ele realiza uma consulta médica ou de enfermagem sem, entretanto, estar necessariamente doente. Assim sendo, tendo como local significativo de construção do conhecimento o próprio serviço de saúde, o que faz com que este serviço sirva como gerador de significado ao usuário na construção desse conhecimento, e, sendo efetivo no objetivo de fazer com que o usuário possua autonomia para acessar o serviço.

Conforme Chaves (2005), a educação popular é um dos elementos fundantes para o desenvolvimento de mecanismos promotores da qualidade em saúde e, no caso específico, na saúde pública. A autora destaca que a função dos agentes comunitários de saúde se insere neste modelo de educação em virtude de sua prática profissional estar relacionada com a produção do conhecimento em conjunto com os usuários da ESF. Segundo Chaves:

Concorda-se com essa premissa e acredita-se que a educação popular e a saúde comunitária estão intimamente implicadas nas relações interpessoais. A educação acontece na relação humana, no conviver, começa no seio da família e, só mais tarde, a escola e a sociedade nela terão a sua participação. A educação está ligada com o cuidado, com o afeto, com o vínculo. Uma das funções da educação é proporcionar capacidade reflexiva e de análise dos diversos contextos em questão, para não se perpetuar no pensamento pueril. Mas só educa aquele que é educado. Não se dá nem se oferece aquilo de que se é possuidor. Não se está falando da educação formal, dos bancos escolares, mas da sabedoria popular, da capacidade de solidariedade e de apoio social. (2005, p. 19-20)

Com essa afirmação, a autora demonstra que a educação popular é aquela que não é só construída em ambientes formais de educação. Mas, sim, é uma educação que pode ser construída em lugares onde ocorrem efetivamente as relações sociais entre os indivíduos envolvidos na produção do conhecimento. Nesse contexto, os ambientes onde se desenvolvem as relações na esfera da saúde pública são propícios à construção do conhecimento relativo à promoção e à prevenção de saúde, bem como à melhoria da qualidade de vida dos usuários, não somente na perspectiva do binômio saúde/doença, mas dentro de uma ótica do exercício da cidadania e da participação destes nas decisões e na construção de políticas públicas de saúde.

Considerações finais

O presente texto procurou demonstrar, que por meio das práticas profissionais dos agentes comunitários de saúde, a educação popular ocupa um lugar privilegiado e de centralidade na promoção e na prevenção em saúde pública. Essa prática educativa se alicerça

na realidade e na concreticidade das relações sociais desenvolvidas nas comunidades assistidas pela ESF, e que tal prática se baseia na produção do conhecimento a partir dos temas geradores propostos por Freire, evidenciando que o conhecimento só se produz com significância a partir da realidade dos indivíduos.

Mesmo que o conhecimento construído, a partir da prática profissional dos ACS, não esteja alicerçado na elaboração do conhecimento científico, pois ele não possui formação no nível técnico, este profissional da saúde pública possui o conhecimento que possibilita de maneira operativa a sua intervenção na perspectiva da educação popular. Desse modo, a relação entre esse trabalhador em saúde e os usuários, nas práticas educativas aqui expostas que visam à construção do conhecimento, não acontece de forma vertical, na qual o conhecimento é repassado ao usuário que somente o aplica de maneira automática e sem reflexão. Os conhecimentos desenvolvidos nestas práticas educativas se alicerçam na horizontalidade do conhecimento construído pelos atores sociais, os agentes comunitários de saúde e os usuários, os quais procuram partilhar e compartilhar de maneira coletiva a construção e o resultado do conhecimento realizado. Nesse aspecto, a realidade e a concreticidade das vivências dos sujeitos constroem um conhecimento significativo que pode servir como instrumento de transformação, de promoção e de prevenção em saúde pública.

Referências

BAUMAN, Zygmunt. *Tempos líquidos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica, 2009.

BRASIL. Senado Federal. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 27 out. 2013.

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 15 jul.2016.

CHAVES, Sonia Maria Moretti. *As práticas educativas dos agentes comunitários no Programa de Saúde da Família de Presidente Prudente*. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP.

FAÇANHA, Cristina Rocha. *Um estudo psicossocial sobre as práticas profissionais dos agentes comunitários de saúde na grande Curitiba: subsídios da educação e da psicologia social comunitária*. 2006, 118 f. Dissertação (Mestrado em Educação) –Programa de Pós-Graduação em Educação.Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1983.

GADOTTI, Moacir. *Pedagogia da práxis*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

GOHN, Maria da Glória. *Educação não formal e o educador social*. São Paulo: Cortez, 2010.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. 7.ed. Rio de Janeiro; Paz e Terra, 2002.

MARX, Karl. *O capital*. 7.ed. v.1. São Paulo: Difel, 1982.

MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública*. 2.ed. Campinas: Papirus, 1987.

TRILLA, Jaume. *A educação não formal*. In: ARANTES, Valéria Amorim (org). Educação formal e não formal. São Paulo: Summus, 2008.

VALLA, Victor Vincent. *Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização*. Cadernos de saúde pública. Vol. 15. Suppl. 2. Rio de Janeiro, 1999.

ZINN, Gabriela Rodrigues. *A dimensão educativa no trabalho dos agentes comunitários de saúde do programa da saúde da família*. 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação)—Programa de Pós-Graduação em Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.