



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADEMICA DE EDUCAÇÃO
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

CRISTIANE GOMES MOTA

**EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. O TRABALHO EDUCATIVO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM DAMIÃO – PB:**

Elos entre o Saber Científico e o Saber Cotidiano

Cuité – PB

2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

**EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. O TRABALHO EDUCATIVO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM DAMIÃO – PB:**

Elos entre o Saber Científico e o Saber Cotidiano

por

Cristiane Gomes Mota

Sob orientação do

Professor André Antunes Martins

Cuité – PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

CDU 374.1+61

M917e

Mota, Cristiane Gomes.

Educação popular e saúde: o trabalho educativo dos agentes comunitários de saúde em Damião – PB – elos entre o saber científico e o saber cotidiano. / Cristiane Gomes Mota – Cuité: CES, 2014.

50 fl.

Monografia (Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientador: Dr. André Antunes Martins.

1. Educação popular e saúde. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Ações educativas - saúde. I. Título.

CDU 374.1+61



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES

UNIDADE ACADEMICA DE EDUCAÇÃO - UAE
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

CRISTIANE GOMES MOTA

EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. O TRABALHO EDUCATIVO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM DAMIÃO – PB:

Elos entre o Saber Científico e o Saber Cotidiano

Monografia de Trabalho de Conclusão de Curso submetida à banca examinadora como parte dos requisitos necessários a obtenção do grau de Graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas.

A citação de qualquer trecho deste trabalho é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas de ética científica.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) aprovado em 28 de março de 2014.

Banca Examinadora

Prof^o. Dr. André Antunes Martins (Orientador)

Prof^a. Ms. Caroline Zabendzala Linheira (Membro)

Prof^o. Dra. Maria Franco Trindade Medeiros (Membro)

Agradecimentos

Ao meu DEUS esse ser supremo que me dar força, sabedoria e coragem para superar os obstáculos.

À minha família, sobretudo ao meu esposo Josenildo Martins Mota, à minha mãe Adrina Lima da Silva, em especial, às minhas irmãs Ana Cristina Gomes Araújo e Adione Silva Soares, aos meus colegas de trabalho, os Agentes de Combates as Endemias pelo incentivo, companheirismo e apoio em todos os momentos.

Ao Centro de Educação e Saúde (CES/UFCG) na pessoa de seu Diretor o Prof^o. Dr. Ramilton Marinho Costa, pelo empenho na implantação deste campus universitário no Curimataú paraibano. Aos funcionários do CES, do mais ou menos graduado pelo trabalho prestado e pela a atenção a mim concedida.

Ao meu orientador, Prof^o. Dr. André Antunes Martins, por ter me orientado neste trabalho de conclusão de curso, sempre prestativo, paciente, sábio e compreensivo com as minhas dificuldades. E a todos os professores e professoras da educação básica ao ensino superior que contribuíram de forma significativa para a minha formação e conclusão deste curso.

À todos os amigos que conheci no CES durante esses anos de graduação, em especial Rosana Medeiros, Maria Sandra Aciole e Rondinelli de Oliveira por terem me dado suporte no início do curso e contribuído de forma intensa durante o processo da minha formação. Assim como os demais colegas.

Aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Damião - PB, os quais estiveram comigo durante a minha pesquisa de campo, me apoiando na sua área de trabalho, e os funcionários da secretaria municipal de saúde que me ajudaram nas informações necessárias sobre o município.

Muito obrigado!

“Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam”.

Paulo Freire

Resumo

O processo de educação e saúde, desde muito tempo, tem sido motivo de estudos por muitos pesquisadores que buscam entender de que forma essa relação pode estar presente em nossas vidas. Compreendemos que as comunidades inseridas nos serviços públicos precisam ter ação participativa no processo de desenvolvimento das políticas, não basta apenas ouvir e estar presente, mas construir, colaborar e fazer das ações públicas mediadoras do conhecimento cotidiano. É nesse sentido que sentimos a necessidade de desenvolver um trabalho de pesquisa que pudesse analisar o sujeito como um ser capaz de conhecer e entender seu cotidiano na relação com as políticas de assistência à saúde. Para isso nos propomos metodologicamente a uma revisão de literatura sobre o tema, como também uma pesquisa de campo numa abordagem de observação participante, para compreendermos a dinâmica de trabalho dos agentes comunitários de saúde da cidade de Damião – PB e as relações que se estabelecem entre as proposições de políticas de atenção básica a saúde e as dinâmicas comunitárias do cotidiano. A partir da análise das anotações realizadas no caderno de campo constatamos que os ACSs desempenham um papel educativo de suma importância e de forma espontânea conseguem realizar uma abordagem de educação em saúde dentro do cotidiano das famílias.

Palavras-chave: Educação Popular e Saúde. Agentes Comunitários. Ações Educativas.

Abstract

The process of education and health, for a long time, has been the subject of studies by many researchers seeking to understand how this relationship may be present in our lives. We understand that communities embedded in public services need to have participatory action in the policy development process, not just simply listen and be present, but building, collaborating and mediating the actions of public everyday knowledge. That is why we feel the need to develop a research project that would examine the subject as a being able to know and understand their daily lives in relation to the politics of health care. For this we propose a methodological review of the literature on the subject, as well as a field survey of a participant observation approach to understanding the dynamics of work of community health workers from the city of Damião - PB and the relationships established between propositions of policies for primary health care and community dynamics of everyday life. From the analysis of notes taken in the field notebook found that ACHs play an educational role of paramount importance and can perform a spontaneous approach to health education into the daily lives of families.

Keywords: Popular Education and Health. Community Agents. Educational Activities.

Lista de Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACE – Agente de Combates as Endemias

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNS – Congresso Nacional de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde na Família

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MORS – Movimento da Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde na Família

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

Introdução	9
1 Educação Popular e Saúde	14
2 Reforma Sanitária Brasileira, um Movimento Popular	20
2.1. O Sistema Único de Saúde no Cotidiano.....	21
2.2. Educações Populares e o Programa de Saúde na Família.....	23
2.3. A Construção de uma Política de Educação Popular para o Sistema Único de Saúde.....	26
2.4. O Programa de Saúde na Família em Damião-PB.....	28
3 O Trabalho Educativo dos Agentes Comunitários de Saúde em Damião-PB	31
Considerações Finais	43
Referências.....	45
Anexos Fotos da Pesquisa de Campo	48

Introdução

Realizar esse trabalho no contexto de Educação Popular e Saúde representou uma grande satisfação, sendo uma atividade de campo, onde tivemos contato direto com a realidade para observarmos como acontece o processo de educação em saúde no trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde da cidade de Damião - PB localizada na Microrregião do Curimataú Ocidental e na Mesorregião do Agreste do Estado da Paraíba, fundada em abril de 1994, de acordo com o Censo 2010, sua população é de 4.900 habitantes. Sendo uma cidade pequena e que não possui tantos recursos é caracterizada em sua maioria por agricultores.

. Levando em consideração o prazer em trabalhar com a comunidade e poder ter contato direto com as histórias de vida e toda a sua representatividade social.

A Educação Popular e Saúde apresentam ferramentas de transformações nas práticas educativas, estabelecendo vínculos que visam melhorar as ações educativas. Para isso ocorreu um longo processo de lutas populares que permitiram um trabalho de educação em saúde mais voltado para o cotidiano das pessoas que pudesse, acima de tudo, garantir a participação da população, onde fossem escutados e respeitados, quebrando a conservadora tradição dominante do autoritarismo imposto na maioria das vezes por profissionais de saúde.

Temos que levar em consideração toda a representatividade do povo, não se pode esquecer que cada comunidade representa sua própria história de vida. Assim, a Educação Popular e Saúde garante uma visão ampla dos problemas de saúde, onde muitas vezes estão diretamente ligados as suas condições de vida, como fatores sociais, econômicos, habitacionais e até culturais, como descrito no pensamento de Vasconcelos(2008):

Uma grande parte das práticas de Educação Popular nos serviços de saúde estão hoje voltadas para a superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, em que um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. Nessas experiências, isso é feito com base em uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo-lhe, cada vez mais, a diversidade e a heterogeneidade. Assim, priorizam a relação com os movimentos sociais locais por serem expressões mais elaboradas desses interesses. (VASCOCELOS, 2008, P.29).

Nesse sentido temos que entender o problema no contexto global, mas ao mesmo tempo compreender que existem particularidades que devem ser consideradas no processo de educação em saúde. Tenho vivido isso no meu dia-a-dia, por realizar um trabalho educativo

como Agente de Combates as Endemias (ACE), para isso é necessário compreender que a comunidade apresenta necessidades diferentes e assim desenvolvermos estratégias diferentes que estejam no contexto global, que possa suprir as necessidades apresentadas por aquela determinada comunidade, ou até mesmo família.

Considerando que os Agentes Comunitários de Saúde representam um *elo* entre o saber científico e o saber cotidiano da comunidade, realizamos um acompanhamento participativo em campo, constatando como os ACSs estariam fazendo o uso, de seu conhecimento da área de trabalho para entender e compreender os problemas da comunidade no cotidiano.

Quando começamos a realizar este trabalho no contexto da educação popular, mais precisamente, com os ACSs ficamos bastante empolgados pelo fato de poder aprofundar o conhecimento e contribuir para o processo de formação de educação em saúde.

A Educação Popular marca um longo processo de lutas e avanços para a melhoria das condições assistenciais à saúde, onde abrangentes ações foram criadas, analisadas e executadas, sem que na verdade conseguisse seu ápice.

Segundo Emerson E. Merly [et... al](2007) um grande movimento popular, que surgiu na década de 80 foi a Reforma Sanitária Brasileira, que garantiu uma participação massiva da população, lutando por melhorias para a saúde que passava por uma situação de extremo abandono. Movimento esse que levou a criação da constituinte de 1988 bem como a criação do Sistema Único de Saúde. Esse momento garantiu uma mudança radical no conceito que se tinha antes de assistência à saúde e de políticas sociais, caracterizados pela injustiça social. Para Emerson E. Merly [et... al](2007), a criação do SUS, caracterizou um avanço, em busca da organização assistencial, representando uma conquista que garantiu a criação de um sistema com diretrizes e princípios, demonstrando uma conquista para a saúde e para a cidadania.

A criação do SUS vem mudando muita coisa ao longo do tempo, embora ainda não estejam sendo respeitados os seus princípios, como os da universalidade, integralidade e equidade. Sabemos que suas políticas não são realizadas de forma universal, sendo um sistema muito longe do ideal que, a cada dia, podemos ver mobilizações e lutas para um sistema mais eficiente. Contudo, mesmo considerando o sucateamento deliberado do SUS pela ausência do Estado, ao longo do tempo passamos por um processo de evolução na assistência a saúde, onde se procura fazer garantir os direitos institucionalizados aos usuários

do SUS, podemos ver um avanço neste sentido, onde as participações da comunidade em busca de seus direitos estão cada vez mais efetivas.

Com a ideia de reorganizar o sistema assistencial existente o Ministério da Saúde criou em 1994 o PSF (Emerson E. Merly [et... al], .(2007,p.55), para priorizar o atendimento às famílias, na tentativa de popularizar a saúde, levando-a até as famílias mais distantes. A criação de um programa de serviços de saúde voltado para as famílias residentes em comunidades antes sem assistência surge como um pequeno avanço na assistência a Educação Popular e Saúde, a educação que ocupa-se em criar vínculos entre trabalho assistencial e o pensar cotidiano da população. Um trabalho que esteja diretamente voltado para o cotidiano da população, que possa intervir nas suas ações de forma onde ocorra uma mudança e assim melhore as condições de vida da população.

O trabalho educativo é sim muito importante, mas as famílias precisam ser educadas em uma perspectiva emancipadora, participando do processo de construção das decisões que podem contribuir para uma mudança na sua vida cotidiana. Muitos profissionais de saúde têm se envolvido com o movimento de Educação Popular em busca de uma nova visão transformadora no atendimento a atenção básica. A criação do Programa Saúde na Família colaborou de forma significativa para a inserção de muitos profissionais de saúde no cotidiano das famílias, sabemos que muitos desses ainda não conseguiram romper a separação e a hierarquização entre o saber científico e o saber cotidiano. Não há um trabalho educativo de ações participativas no processo de formação em educação em saúde pelo Sistema Nacional de Saúde.

Desta forma o modelo tradicional de atendimento mantém-se de forma predominante. Optamos por uma pesquisa participante onde nosso estudo parte da realidade, fatos cotidianos são analisados, vivenciando experiências reais e entendendo essa interação a partir da realidade concreta, durante três meses, acompanhamos na zona urbana e rural visitas dos ACSs, observando momentos espontâneos e peculiares do cotidiano das famílias e de suas relações sociais. Fomos inseridos diretamente dentro da comunidade para observar e entender como ocorre esse *elo* entre o saber científico e o saber cotidiano das comunidades. Durante essa pesquisa não fomos apenas observadores, mas uma equipe, onde participamos das ações educativas, trata-se de um elo entre as ações médicas e as ações que dependem da atuação da comunidade. O trabalho do ACS desempenha um papel de importante relevância levando em consideração toda a sua responsabilidade em acompanhar as famílias que fazem parte de sua área. Em seu trabalho conversa com a população sobre informações de como prevenir

doenças, acompanha a saúde das famílias, pesa crianças, verifica se estão com as vacinas em dia, se as gestantes estão comparecendo ao pré-natal e se apresentam algum sintoma fora do habitual. É um profissional que está diariamente em contato com as famílias da sua área e conhece os problemas pelo qual a comunidade passa e nesse sentido são capazes de desenvolver uma ação educativa que colabore com o crescimento da comunidade, no sentido de serem sujeitos ativos e *roteiristas* de sua própria história de vida.

Capítulo 1

Educação Popular e Saúde

Temos percorrido um longo processo que busca um avanço na melhoria das condições assistenciais à saúde, onde abrangentes ações foram criadas, analisadas e executadas, sem que na verdade conseguíssemos uma melhora efetiva. Além disso, também foram criados vários programas com objetivos de estender o atendimento e torná-lo mais próximo das famílias. A Educação Popular e Saúde caracteriza-se como um campo articulador dos direitos, Vasconcelos (2004), afirma:

Um campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil. Mas, até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente, uma iniciativa das elites políticas, e econômicas, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados (VASCOCELOS, 2004, p.68).

Ela surgiu em meados do século XX como uma nova visão que faz dos subalternos agentes construtores de sua vida, relacionando o saber popular com o conhecimento científico. Profissionais da saúde que não concordavam com o sistema mercantilizado e com o tecnicismo da formação profissional seguiram outros caminhos, em consequência disso, contribuíram para a formação do movimento da Educação Popular e Saúde, sendo assim colocando-se como sujeitos construtores de ações comunitárias colaborativas. Falamos de um pensar pedagógico que nos torna sujeito ativo, onde escutamos, sentimos, pensamos e construímos nosso agir, *orientados* por técnicas médicas, mas que se completam com nosso cotidiano.

As políticas públicas quando lançam seus projetos de educação em saúde, esperando que aquelas informações sejam mobilizadoras de ações conscientes, não estão preocupadas com o sujeito enquanto ser pensante capaz de construir seu conhecimento. As comunidades inseridas nos serviços públicos precisam ter ação participativa no processo de desenvolvimento, não basta apenas ouvir e estar presente, mas construir, colaborar, ter as ações públicas como mediadoras do conhecimento que se adequam a nossa formação construída ao longo da vida.

A pedagogia de Paulo Freire (1996), nos faz entender que precisamos aprender para transformar o ambiente que nos rodeia.

O melhor ponto de partida para estas reflexões é a inconclusão do ser humano de que se tornou consciente, como vimos, aí radica a nossa educabilidade bem como a nossa inserção num permanente movimento de busca em que, curiosos e indagadores, não apenas nos damos conta das coisas, mas também delas podemos ter um reconhecimento cabal. A capacidade de aprender, não apenas para nos adaptar, mas, sobretudo, para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a. Fala de nossa educabilidade e um nível distinto do nível do adestramento dos outros animais ou do cultivo de plantas (FREIRE, 1996, p. 41).

Para transformar uma realidade não basta simplesmente jogar informações de forma sistematizada é preciso vivenciar o conhecimento cotidiano, colocando-nos como sujeitos ativos e construtores, pois à medida que ensinamos também aprendemos. É nessa ideia de troca de informação e reconstrução que há uma ação de transformação, sendo o educador um mediador no processo educativo.

A Educação Popular se destacou no Brasil por volta da década de 1950, onde começou a se organizar e desenvolver trabalhos sociais, tendo sido liderada por educadores que faziam parte da Igreja Católica, juntamente com estudiosos que buscavam entender e trabalhar as questões populares (Vasconcelos, 2007, p.01). Paulo Freire teve papel de destaque, foi o primeiro a sistematizar o trabalho da Educação Popular. Ele publicou várias obras, tendo como destaque o livro **Pedagogia do Oprimido**, que atenta para uma reflexão da prática de liberdade, onde o sujeito ao conscientizar-se conquista sua própria destinação histórica.

Isso é próprio de todos os homens e não privilégio de alguns (por isso a consciência reflexiva deve ser estimulada: conseguir que o educando reflita sobre sua própria realidade). Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias. (PAULO FREIRE, 1979, P30).

Essa pedagogia Freireana aplicada no processo de educação/alfabetização das classes populares contribui significativamente na área de Educação Popular e Saúde, conforme argumenta (Vasconcelos, 2000 apud Stotz, 2005), em um congresso de saúde coletiva em julho de 2000 na cidade de Salvador-BA. Publicações anteriores nos trazem a reflexão de que a Educação Popular é fator de transformação da sociedade, foi seguindo esse movimento de

ensino que parte de baixo, surge um transformador que procura entender o educando de forma total. Outro exemplo foi Victor Valla que deu sua contribuição à Educação Popular e Saúde, produzindo textos acadêmicos que descreviam seu trabalho e sua visão na construção da educação voltada para as classes menos favorecidas, procurando entender sobre esse processo.

Trabalho esse inicialmente, que não foi tão aceito e compreendido pelos colegas, mas que com sua repercussão e demonstração do compartilhamento de outros estudos que faziam referência ao seu ponto de vista ganhou prestígio e admiração pela sua dedicação e luta para entender e transformar a população menos favorecida. Segundo Stotz (2011):

Valla entendia a Educação Popular, elaborada e desenvolvida principalmente por Paulo Freire, como ponto de partida para o diálogo e a problematização do saber espontâneo das pessoas das classes populares, daquelas que vivem apenas do seu trabalho, assalariado ou autônomo, tendo em vista questionar o modo como a própria sociedade estava organizada. (2011, p.01)

Partindo de uma perspectiva onde os trabalhos desenvolvidos para a comunidade devem partir da mesma e não serem apenas feitos para eles. Concretizando a articulação entre o conhecimento científico e o saber do cotidiano. Ainda nesse contexto, Stotz (2011) fala sobre sua importante obra voltada para o trabalho popular.

A primeira sistematização desse estudo e experiência em Educação Popular foi apresentada no livro Educação e Favela, publicado em 1986. Nessa obra ele parafraseou o arquiteto inglês John Turner, quando, na visita a conjuntos habitacionais e a favelas cariocas, em 1968, disse que a favela não era problema, era solução de um problema. Para Valla, a favela era a solução encontrada pelas classes populares para a sua situação de pobreza que esta, sim, era (e continua a ser) o problema. (2011, p.01/ 02).

As favelas surgiram para solucionar um problema existente. Nesse sentido para que se desenvolva um trabalho para essa comunidade, muitos aspectos precisam ser considerados, levando em conta todos os agravos decorrentes da falta de estrutura presente nas favelas. Ainda ressalta Stotz (2011).

Além de saber quem é a população exposta a certos agravos à saúde, interessa reconhecer, por outro lado, que o sofrimento em torno desses agravos e das doenças é uma experiência pensada, ou seja, as pessoas das classes populares têm uma explicação para o seu sofrimento. Tal conhecimento – adquirido na experiência de vida, com o trabalho, a dor e a injustiça [...], devia ser considerado o ponto de partida e a base da Educação Popular. É fundamental compreender, portanto, o que as

peças das classes populares estão dizendo ou fazendo, alertava sempre Valla. Isso significa que os profissionais de saúde devem relativizar seu ponto de vista prévio para admitir que essas pessoas são capazes de entenderem e agirem sobre sua própria realidade, inclusive no tocante ao processo de adoecimento e cura. (2011, p. 02).

Muitos outros profissionais da saúde procuraram discutir e estudar esse processo de Educação Popular e Saúde. Como o educador Eduardo Navarro Stotz, Helena Maria Scherlowski Leal e Julio Alberto Wong Un (Stotz, 2005) doutores em ciências da saúde, apresentaram uma visão em conjunto sobre o assunto, com objetivo de refletir sobre o campo no contexto histórico e as resistências políticas.

Outro trabalho, no contexto do educar-cuidar realizado por Alvin e Ferreira (2007), ambas doutoras em enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, intitulado: **Perspectiva Problematizadora da Educação Popular e Saúde e a Enfermagem**, faz uma abordagem à prática educativa dialogada aplicada à pedagogia da saúde com referências Freireanas. Alvin e Ferreira (2007) dizem “Entendemos que a mudança de perspectiva no pensar e fazer da enfermeira no campo da Educação Popular e Saúde agrega seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadã, participativa e consciente de sua vida”. (2007, p. 316).

A perspectiva de que o diálogo intermedia a ação do sujeito, vinculando o processo de Educação Popular como base para a transformação do cuidar na saúde. Um olhar nessa direção leva a reflexão de abrir os olhos e despertar para suas necessidades, do conhecendo poder lutar e lutando poder escolher e escolhendo fazer-se roteirista de sua própria história.

Quando trazemos as ideias Freireanas para o cotidiano da prática educativa (cuidativa) da enfermeira podemos, pela crítica e reflexão, ver transformados ou reconstruídos saberes dentro de um grupo que não tem o conhecimento advindo do princípio acadêmico - científico, ao mesmo tempo que também nos apropriamos do conhecimento[...] e refletir sobre os próprios veículos da educação em saúde. (ALVIN e FERREIRA, 2007, p. 316).

Muitos educadores levantaram essa bandeira em defesa da Educação Popular e Saúde, processo esse contínuo e de cunho participativo que tem como sua principal ferramenta o diálogo.

Para Paulo Freire: “trata-se de uma atitude dialogal à qual devem converte-se para que façam realmente educação e não domesticação” (1979, p.78). Que não predomine a imposição do eu falo e tu me escutas isso não seria um processo de educação e sim uma domesticação,

sendo o diálogo uma troca de conhecimentos, que envolvem experiências de uma vida marcada por acontecimentos e sentimentos e que se concretize com a construção de uma visão criada de fato com a contribuição de ambos. Não se pode desconsiderar nenhum saber, um simples agricultor que nunca frequentou a escola possui em sua bagagem saberes da terra, do plantio, da colheita e de experiências que jamais saberia um sujeito que teve uma formação acadêmica. Devemos entender que o conhecimento acontece em múltiplos lugares, não exclusivamente na escola formal. Freire destaca: “O homem deve ser sujeito de sua própria educação. Não pode ser objeto dela. Por isso ninguém educa ninguém”. (PAULO FREIRE, 1979, p.28). Visão Freireana que compreende o homem como sujeito coletivo capaz de informar-se e criar sua história. A educação acontece na medida em que vamos entendendo o mundo a nossa volta e fazendo desse entendimento pilares para a compreensão das ações formativas. O trabalho de educação em saúde deve ser voltado para a realidade vivida por cada sujeito em seu contexto.

Não se tratam de sujeitos politicamente corretos e sim de grupos participativos, que possam promover o crescimento baseado na capacidade de analisar, entender e transformar, um entender que prioriza o cotidiano como ponto de partida para a construção do conhecimento. Visão compartilhada por Vasconcelos (2004), quando diz:

Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e da capacidade de análise crítica sobre a realidade e aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social. (2004, p.71).

Essa é uma pedagogia defendida também por Paulo Freire que alerta a todos e a todas do grupo que só superamos a postura de querer libertar o dominando, quando entendemos que não estamos sozinhos no mundo e que o processo de libertação não é obra de uma só pessoa ou grupo, mas de todos nós.

O processo de aprendizagem não se dá de forma mecânica, mas pela liberdade no ato de formar e atuar na conscientização.

Ao mesmo tempo em que o ideário da Educação Popular e Saúde propõe essa atitude “diferente”, esta postura de diálogo, interesse pela escuta, preocupação por “viver” radicalmente o olhar e a experiência dos outros populares, é possível também nessa cultura em formação. STOTZ [et... al] (2005, p.8).

Referindo-se à Educação Popular e Saúde o que se destaca é sua abrangência em perceber a saúde como um todo. Envolvendo fatores sociais e econômicos considerados construtores de condições que levam o sujeito a poder entender sua função social. Diferentemente dos programas tradicionais de saúde que se preocupam apenas em tratar os pacientes, sem na verdade conhecê-los como pessoas atuantes, muitas vezes, são vítimas de uma realidade que subalterniza. Contudo, podem ser transformadores, efetivamente, de melhores condições para sua vida. A Educação Popular tem buscado juntamente com movimentos sociais uma mudança na assistência à saúde, para tornar possível a participação da população nos serviços oferecidos, ação esta que quebra a conservadora metodologia de trabalho mecânico, onde o autoritarismo dos senhores sabedores de tudo imperam de forma desrespeitosa ignoram os conhecimentos comunitários.

Diante de toda essa discussão temos que entender de que forma a Educação Popular e Saúde deve estar presente nos serviços públicos. Para Vasconcelos (2008):

Uma grande parte das práticas de Educação Popular nos serviços de saúde estão hoje voltadas para a superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, em que um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. Nessas experiências, isso é feito com base em uma perspectiva de compromisso com interesses políticos das classes populares, [...], priorizam a relação com movimentos sociais locais por serem expressões mais elaboradas desses interesses. Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou questões ligadas ao funcionamento global do serviço [...]. (2008, p.29).

Como vimos vários autores buscam colocar a Educação Popular como movimento de transformação da saúde, tornando-a mais participativa e que rompa a “parede de vidro” que existe entre pacientes e médicos.

Capítulo 2

Reforma Sanitária Brasileira, um Movimento Popular

A Reforma Sanitária Brasileira surgiu na década de 80, com a proposta de mudança radical na assistência à saúde, que passava por uma realidade de abandono da população. Em 1986 aconteceu o VIII Congresso Nacional de Saúde (CNS), garantindo uma maciça participação popular, decorrendo daí a aprovação do Sistema Único de Saúde e a Constituinte de 1988. A constituição Federal de 1988 afirma nos artigos 196 e 198, respectivamente, que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O sistema único de saúde constitui-se de ações e serviços públicos de saúde [...], o atendimento integral à saúde e a participação da comunidade. (1988, 169 p)

Esse momento garantiu uma mudança radical no conceito que se tinha antes de assistência a saúde e de políticas sociais, caracterizado pela injustiça social. Para isso foi necessário a união da população, encontravam-se presentes vários representantes da saúde, juntamente com a população que organizou um movimento popular em busca de melhorias. Resultando em um trabalho relatorial que atribuía o conceito de saúde integral, o que se define como somar a saúde um abrangente de ações como: habitação, alimentação, educação, lazer, cultura, entre outros. De forma geral uma sociedade mais participativa e que possa garantir seus direitos através da busca gerada por sua própria ação, revelando uma direção não só da saúde, mas sim de melhorias gerais para a população. Pensamento descrito por Teixeira (2006):

Todo processo de hegemonia e vê fazer convergir os interesses das forças que unirão em torno de uma a nova proposta. No caso da reforma sanitária, como já sabemos convergência que liga o espectro de forças em torno do movimento sanitário é uma idéia da saúde como direito de todos e dever do Estado, que se cristaliza em um Sistema Nacional de Saúde descentralizado e unificado, com efetiva

participação (claro em graus muito diferentes) tanto dos profissionais como da população organizada. (2006, p.94).

Em meio a essa ideia de descentralização e de formação de uma saúde integral à Educação Popular e Saúde vai surgindo com essa participação formativa do Movimento da Reforma Sanitária (MORS), essa foi à representatividade popular que marcou mudanças significativas, luta por melhorias na saúde para que pudesse atender aos anseios dos movimentos sociais e da população em geral, projetando uma sociedade que possa compreender e querer mudar o sistema de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária foi um marco na representatividade da população em busca de melhorias, a população encontrava-se insatisfeita com o Regime Militar, e buscava um espaço para a democratização, propondo um sistema de saúde público que suprisse as necessidades de toda a população e não apenas daqueles que pudessem pagar.

2.1. O Sistema Único de Saúde no Cotidiano

No final da década de 80 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi fundado, e regulamentado pela Lei Federal nº 8.080 em 1990, concretizando uma mudança na mobilização popular na Constituição Federal, estabelecendo um avanço no Sistema Nacional de Saúde, trazendo mudanças positivas na disponibilidade assistencial à família. Para Vasconcelos (2004):

Com a conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de Saúde, na década de 1980, essas experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde perderam sua importância. Os movimentos sociais passaram a lutar por mudanças globais nas políticas sociais. Os técnicos que neles estiveram engajados agora ocupam espaços institucionais amplos, onde uma convivência direta tão intensa com a população não é mais possível. Mas a experiência de integração vivida por tantos intelectuais e líderes populares, o saber ali construído e os modelos institucionais que começaram a ser gestados continuam presentes (2004, p.69).

Com a institucionalização do SUS, muitos idealizadores populares de defesas locais passaram a lutar por direitos numa perspectiva mais ampla de políticas sociais, deixando de lado a luta por mudanças voltadas para a comunidade local. Contudo, criado com os princípios de **universalidade**, **integralidade** e **equidade**, representando assim um SUS

idealizado pelos anseios populares, sabemos que suas políticas não são realizadas da forma institucionalizada, sendo um sistema em construção, e que a cada dia podemos ver mobilizações e lutas para que o mesmo seja eficiente.

Ao longo do tempo passamos por um processo de evolução na assistência à saúde, onde se procura fazer garantir os direitos institucionalizados aos usuários do SUS. Podemos ver um avanço neste sentido, onde as participações da comunidade em busca de seus direitos estão cada vez mais efetivas. Tendo sido construída uma relação mais próxima da população com os profissionais de saúde. Apesar de todo esse processo de democratização não temos um sistema que atende as necessidades populares de forma que os usuários sejam sujeitos atuantes, críticos e participativos, ou como instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde, onde as políticas sociais em saúde estejam realmente voltadas para um atendimento humanizado, que valorize a heterogeneidade e diversidade da população e que se preocupe com todos os aspectos sociais que singularizam a saúde. Segundo Campos e Wendhausen (2007):

Não se pode dizer que o modelo assistencial predominante no Brasil contemple estas diretrizes. A grande maioria dos programas focaliza o atendimento individualizado e são voltados a práticas curativas e procedimentos de alto custo, de maneira vertical, excludente, com baixo impacto social e sem levar em conta o universo familiar e comunitário das pessoas ou considerar as dimensões sócio-econômicas e culturais do processo saúde/doença. (2007, p. 272)

É nesse sentido que se contempla uma saúde que não procura apenas tratar o paciente de forma individualizado, mas que busque entender e compreender de forma horizontal o porquê e quais os fatores que estão associados ao processo de saúde/doença.

O SUS conseguiu desenvolver uma política de acesso a atenção básica e de emergência, bem como vários outros programas de prevenção a doenças e cuidados assistenciais. A atenção básica é um dos destaques do SUS tendo como objetivo a descentralização e garantir um acesso universal aos serviços de assistência especializada e hospitalar. Conseguimos notar todos os avanços obtidos pelo SUS nos últimos vinte anos, mas sua fragilidade em superar todos os aspectos governamentais se torna cada vez mais presentes, levando em consideração toda a falta de estrutura e o explícito sucateamento por parte do Estado. Nesse sentido é preciso levar em consideração a grande dimensão do Brasil que representa diferentes características regionais no marcante cenário socioeconômico e

relevantes necessidades diferentes. Essa fragmentação pode ser destaca em seis aspectos relevantes destacados pelo CEFOR (2012):

- ✓ Lacunas assistenciais importantes;
- ✓ Financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de promover integralidade da atenção à saúde;
- ✓ Configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhara tendência de declínio dos problemas agudos e da ascensão das condições crônicas;
- ✓ Fragilidades na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais, em número e alinhamento com a política pública;
- ✓ A pulverização dos serviços nos municípios;
- ✓ Pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde, no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente, na atenção primária em saúde;

Ainda temos que levar em consideração todo o quadro epidemiológico brasileiro que torna cada vez mais difícil lutar para conseguir políticas efetivas no controle dessas doenças. Para superar todos esses desafios é necessário uma iniciativa do Estado que esteja realmente engajada e que conheça a realidade da saúde brasileira.

A participação da comunidade no processo de construção das decisões é regulamentada pelo SUS sob a lei 8.142/90 a qual garante, por meio de conferências e conselhos de saúde, a inserção da comunidade no processo de decisão das políticas voltadas para os mesmos. Assim podemos entender que à medida que o cidadão participa do controle social ele garante um melhor êxito na efetiva política social.

2.2 Educações Populares e o Programa de Saúde na Família

A Educação Popular atua como instrumento colaborativo na inserção de novas práticas realizadas pelos serviços e profissionais de saúde, compreendendo o conhecimento como um processo em construção coletiva, buscando um novo entendimento para o processo da educação e saúde. Tendo sido criado para priorizar o atendimento às famílias e nessa tentativa

de popularizar a saúde, levando-a até as famílias mais distantes, o Ministério da Saúde (MS) lança em 1994 o Programa de Saúde na Família (PSF).

Segundo Emerson E. Merly [et... al] (2007, p.55), de acordo com o Ministério da Saúde, o PSF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência a saúde. Para Campos e Wendhausen (2007):

Para tanto, o Programa de Saúde da Família (PSF), considerado uma estratégia pelo Ministério da Saúde, Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresenta-se como uma proposta de reestruturação da atenção primária, a partir de atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social. A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho. Essa é uma estratégia importante para que as pessoas adquiram consciência de que podem tomar a iniciativa, como sujeitos (e não apenas “pacientes”) capazes de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, tanto em nível individual como coletivo. (2007,p.272)

Levando em consideração as características da ESF estaríamos diante de um programa que atende as necessidades da população, garantindo a participação da comunidade e desenvolvendo uma atenção primária construída junto com os usuários.

“Sendo a atenção básica o *locus* onde prioritariamente devem ser desenvolvidas ações de educação em saúde, e sendo o PSF, hoje a principal estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica” (Brasil, 1997, p.10). A atenção básica estabelece uma ação voltada para o trabalho preventivo, onde o foco principal é voltado para o trabalho de políticas de prevenção. De igual forma Albuquerque e Stotz (2004) consideram:

Este um como um ambiente favorável ao desenvolvimento da Educação Popular e Saúde. Os órgãos gestores enfatizam a importância das atividades educativas no âmbito do PSF, embora não tenham sido desenvolvidas propostas para seu financiamento nem políticas específicas para o desenvolvimento de ações ou mesmo que visasse a capacitação dos profissionais.(2004,p.261).

Percebemos que a ideia do PSF se mostra como um trabalho voltado para a comunidade, respeitando suas singularidades, mas que não se faz tão eficaz pela ausência da qualificação profissional, de uma política voltada para o entendimento da comunidade como agentes participativos no processo de construção da saúde.

A criação de um programa de serviços na saúde voltado para as famílias residentes em comunidades surge como um pequeno avanço na assistência. A educação em saúde ocupa-se em criar vínculos entre trabalho assistencial e o pensar cotidiano da população. Uma

conquista importante, mas que na verdade não solucionou os problemas existentes na falha do atendimento a população, pelo fato de não ser realizado um trabalho voltado para o cotidiano das pessoas. Muitos profissionais até buscam desenvolver um trabalho de ruptura das técnicas sistematizadas, mas que às vezes diante da pressão por cumprirem os programas e apresentarem quantidade de atendimento, representados por papéis, não muitas vezes condizentes com a realidade.

Conhecer fatores que estão associados à vida do paciente se faz necessário para entender a contribuição do ambiente ao surgimento de determinadas doenças. O PSF é uma tentativa de aproximar o atendimento às famílias, onde uma equipe composta por médico, enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde é responsável por áreas delimitadas, possibilitando um maior contato das famílias com as equipes de atendimento. Mas não da equipe com as famílias, percebemos que muitas vezes não parte dos profissionais uma preocupação em se fazer presente no cotidiano das famílias. O médico, por exemplo, ainda continua sendo distante, senhor sabedor do conhecimento que fica muitas vezes na sua sala de porta fechada, sem que haja uma socialização com a população. Para acontecer mudança, as famílias deveriam se sentir próximas dos profissionais, até mesmo o Agente Comunitário de Saúde, sendo um representante da população e residindo na localidade, nem sempre é um agente preocupado com a comunidade, enquanto ser participante ou preocupado em transformar a realidade de sua área. Característica importante que pode contribuir de forma significativa na melhoria do trabalho do ACS levando em consideração que uma comunidade não é representada apenas pelo seu povo, mas por todas as características, sociais, econômicas e ambientais, e todos esses fatores representam suas necessidades.

De acordo com o documento propositivo para a organização do PSF in EMERSON et... al (2007,p.55) afirma que o objetivo do PSF é:

A reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada no processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas.

O Programa de Saúde na Família não se faz tão efetivo. Os profissionais da área não têm uma visão de saúde ampla e institucionalizada numa concepção de família que vive na comunidade com todas as peculiaridades. É nessa direção que devemos entender a Educação Popular e Saúde como uma ação de trabalho conjunta. Não podemos ignorar o ambiente no

qual o sujeito está inserido. Sabemos que saúde não significa apenas ausência de doença, mas sim um bem estar geral no sentido de que o ambiente que nos rodeia represente segurança, bem estar, condições de moradia, econômica e social. E que não despreza nenhum conhecimento, seja ele técnico ou do senso-comum, mas que busca uma sociedade capaz de entender, refletir, criticar e dentro de sua própria história querer se libertar do autoritarismo que se faz presente na forma tradicional de assistência a população. Constatação apresentada por Vasconcelos (2008):

A partir de posturas como esta, tem-se assistido, em alguns locais, à nova emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela interação entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração. Nesse sentido, a educação em saúde deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas aí realizadas. (2008, p.30).

Não se pode escolher uma forma de trabalho ou de conhecimento para o processo de educação, é preciso procurar a maneira que melhor se adeque a realidade de cada um. Nesse sentido a Educação Popular constitui-se como componente importante no processo de construção e de participação popular nos serviços assistenciais de educação em saúde, fomentando profundas mudanças nos sujeitos enquanto agentes transformadores de uma vida cotidiana familiar, conhecedora da importância de suas ações enquanto comunidade.

2.3. A Construção de uma Política de Educação Popular para o Sistema Único de Saúde

O envolvimento de muitos profissionais de saúde com o movimento de Educação Popular caracteriza uma visão transformadora no atendimento da atenção básica. Através desse movimento surge a rede de Educação Popular e Saúde, em 2003, garantindo, assim, que a Educação Popular seja um instrumento na organização do SUS. Segundo Vasconcelos (2004), a criação dessa rede tem contribuído para a participação dos profissionais de saúde em uma visão de saúde integral.

A Rede de Educação Popular e Saúde têm acompanhado centenas de experiências nas quais a integração entre profissionais comprometidos e os movimentos sociais têm permitido a emergência de práticas extremamente criativas e produtivas que são, inclusive, reconhecidas

internacionalmente. A atuação de muitos profissionais e movimentos orientados pela Educação Popular tem avançado muito na desconstrução do autoritarismo dos doutores, do desprezo à iniciativa dos doentes e familiares, da imposição de soluções técnicas para problemas sociais globais e da propaganda política embutida na forma como modelo biomédico vem sendo implementado (2004, p.75).

Considerando que muitos profissionais ignoram os parâmetros e que é preciso encontrar caminhos que possam aproximar a metodologia da Educação Popular da institucionalidade. Encontramos várias iniciativas que propicia a participação popular como instrumento administrativo das políticas sociais, mas, apesar de ter sido criada essa rede pelo SUS, não vemos uma integração e quase nenhuma política de implementação satisfatória que garanta a efetiva ação popular. Vasconcelos (2004), descreve:

A lógica e o ritmo dos movimentos sociais e das pequenas práticas locais de enfrentamento dos problemas de saúde se chocam com a lógica e o ritmo de trabalho dos gestores do setor saúde, mesmo daqueles que se dizem progressistas. Eles concordam com a importância da participação popular, mas não sabem conviver com as surpreendentes formas como ela se manifesta fora dos espaços institucionais formais, os conselhos e as conferências de saúde, no embate político. (2004, p.76).

A imposição dos gestores pelo cumprimento de metas, afirma a lógica do “gestor gerente” totalmente descolado dos tempos da comunidade, do entendimento vinculado a dinâmica do ouvir, do sentir, do dialogar e assim poder compreender a realidade da família. Identificando o processo de cura e adoecimento. Sabemos que a ausência de doença não significa apenas a falta de sintomas físicos é preciso levar em consideração vários fatores socioeconômicos, bem como ambientais.

A criação do Programa Saúde na Família colaborou de forma significativa para a inserção de muitos profissionais de saúde no cotidiano familiar, mas a realidade é que muitos profissionais ainda não romperam com a separação entre o saber científico e o saber cotidiano. Não há um trabalho educativo de ações participativas no processo de educação em saúde pelo Sistema Nacional de Saúde, desta forma o modelo tradicional de atendimento se mantém atuando de forma predominante.

2.4. O Programa de Saúde na Família em Damião - PB

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cidade do Damião-PB está localizada na Microrregião do Curimataú Ocidental e na Mesorregião do Agreste do Estado da Paraíba. Foi fundada em abril de 1994, de acordo com o Censo 2010, sua população é de 4.900 habitantes. Sendo uma cidade pequena e que não possui tantos recursos é caracterizada em sua maioria por agricultores.

Segundo informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde do Damião – PB, o PSF (Programa de Saúde na Família) só foi implantado no ano de 2001, anteriormente existia apenas uma equipe do PACS (Programa Agentes Comunitários de Saúde) com enfermeira, cujo atendimento não era tão satisfatório, levando em consideração a falta de estrutura física e a precariedade na realização de alguns exames, pois se fazia apenas o básico.

Em 2003, a cidade passou a contar com a segunda equipe do PSF, sendo uma destinada à zona urbana e outra para zona rural. Através do qual se realiza atendimento às gestantes, visitas domiciliares, atendimentos a hipertensos, diabéticos, crianças, mulheres e demanda espontânea. Cada equipe é formada pelo médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Posteriormente habilitou-se a primeira equipe de saúde bucal com cirurgião dentista e sua auxiliar.

Os principais avanços durante os anos seguintes a sua implantação foram os índices satisfatórios em atendimentos a gestantes com pré-natal em dia e com mais de seis consultas durante a gestação. Atendimentos que garantem os exames básicos na gestação: o programa saúde da mulher com exames citopatológicos do colo do útero, no qual se previne o câncer do colo do útero; o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos de forma mais efetiva diminuindo as internações por complicações dessas doenças; o atendimento em puericultura, o baixo índice de mortalidade infantil, atividades educativas junto à comunidade, tratamento odontológico para a população com extensão do atendimento às comunidades rurais como: Viração, Gangorra, Tubiba, entre outras. Atividades implementadas em conjunto com municípios vizinhos do NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e implantação do laboratório de prótese.

No geral, a Secretaria Municipal de Saúde conta com quatro médicos, dois odontólogos, duas enfermeiras, quatro enfermeiros clínicos, dois auxiliares de saúde bucal,

dois auxiliares de enfermagem do PSF, cinco auxiliar de enfermagem, uma psicóloga, um fisioterapeuta e um assistente social.

Segundo o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) o PSF da zona urbana atende a 983 famílias e o da zona rural atende a 508 famílias.

O município conta com recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), específico para a saúde e com FPM (Fundo de Participação dos Municípios), que é aplicado em várias ações do município entre elas à saúde. O município conta ainda com um consórcio intermunicipal de saúde que atende a 24 especialidades, com sede na cidade de Cuité-PB.

A participação popular ocorre por meio das conferências municipais e estaduais de saúde, conselho de saúde e reuniões com a comunidade, além de palestras, cursos para gestantes e encontros específicos em comemorações a datas especiais.

Podemos perceber como é formado o PSF na cidade de Damião - PB, assim como nas cidades pequenas o número de vagas para o atendimento a população não é suficiente e o atendimento a zona rural é o mais prejudicado tendo em vista que são várias localidades para uma única equipe de saúde na família fazer a cobertura, fatores que colaboram para um atendimento fragilizado.

Tivemos a oportunidade de conviver com muitos profissionais de saúde que integram o quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Damião - PB, sendo com maior frequência de contatos os ACSs. Eles foram os que demonstraram um interesse com as causas populares, notamos que várias ações que competem, não só a eles, são por eles questionadas. A população precisa participar e ser colaboradora das decisões nas políticas públicas de saúde, o que falta talvez seja orientações que levem as pessoas a conhecerem seus direitos, ou seja, uma educação libertadora como descreve Paulo Freire (1979), quando diz:

E se o homem é capaz de perceber-se, enquanto percebe uma realidade de que lhe parecia “em si” inexplorável, é capaz de objetivá-la, descobrindo sua presença criadora e potencialmente transformadora desta mesma realidade, característica da percepção distorcida, cede lugar à esperança. Uma esperança crítica que move os homens para a transformação. (1979, p.51)

As ações ocorrem na sua maioria de forma individualizada, os espaços sociais para educação em saúde não contemplam um acolhimento, onde o cidadão comum sinta-se à vontade para expressar-se e criar vínculos que o deixem falar sem sentir-se oprimido. Para Vasconcelos (2004) é preciso criar espaços adequados:

Na Educação Popular, não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário se o processo de discussão se mantém de cima para baixo. Enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessária à sua superação. Ao invés de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procurar problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando oprimindo. Prioriza a relação com os movimentos sociais por serem expressão mais elaborada dos interesses e da lógica dos setores subalternos da sociedade. Cujas vozes são usualmente desqualificadas nos diálogos e negociações. (2004, p.71)

Desta forma podemos perceber que na Cidade de Damião - PB a população precisa mais de espaços que contemplem a escuta, com acolhimento sem falar no aspecto físico e na estrutura organizacional da política administrativa que precisa ser melhorada.

Capítulo 3

O Trabalho Educativo dos Agentes

Comunitários de Saúde em Damião - PB

Temos visto muitos debates que tratam de políticas de prevenção da saúde. A educação em saúde vem passando por ampla mudança ao longo do tempo, mas ainda existem muitos desafios para implantação de políticas públicas de saúde eficazes que atendam de forma satisfatória as necessidades da população.

A educação em saúde é um fator fundamental no processo de autonomia das ações desenvolvidas pelo homem ao longo do tempo, é nessa perspectiva que devemos conhecer a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Para isso se faz necessário um acompanhamento participativo em campo, sendo os Agentes Comunitários de Saúde conhecedores da realidade da comunidade. Tendo a Educação Popular e saúde como modelo de um pensar e agir que transforma a realidade vivida, nos tornando responsáveis pelas ações de mudança da nossa realidade, permitindo que sejamos sujeitos participantes, críticos e conscientes de nossas intervenções.

Os Agentes Comunitários de Saúde são os profissionais que estão diariamente em contato com a população, capazes de entender e compreender a necessidade da sua comunidade, dessa forma procurar desenvolver um trabalho que atenda as necessidades da população por eles assistida, já que estes representam elos entre os profissionais de saúde e a comunidade.

A Educação Popular tem buscado juntamente com movimentos sociais uma mudança na assistência à saúde, para tornar possível a participação da população nas políticas de saúde, ação esta que quebra a conservadora metodologia do trabalho mecânico, onde o autoritarismo dos senhores sabedores de tudo imperam de forma desrespeitosa, ignoram os conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Desde muito tempo o Estado procurou criar vários programas que se propõem a executar uma assistência voltada para a realidade da população, onde a assistência possa chegar a todos.

Um dos programas criado pelo Estado foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual foi objeto do nosso estudo, onde realizamos uma pesquisa participante, e assim

podemos acompanhar a realidade do trabalho desenvolvido pelos ACSs, onde os fatos cotidianos foram analisados. Também vivenciamos experiências reais, e a partir destas, entender como acontece essa interação, entre os ACSs e a comunidade, partindo da realidade concreta. Brandão e Borges (2007) descrevem pontos importantes de uma pesquisa participante:

O ponto de origem da pesquisa participante deve estar situado em uma perspectiva da realidade social, tomada como uma totalidade em sua estrutura e em sua dinâmica. Mesmo que a ação de pesquisa e as ações sociais associadas a ela sejam bem locais e bem parciais, inclinando sobre apenas um aspecto de toda uma vida social, nunca se deve perder de vista as interações que compõem o todo das estruturas e das dinâmicas desta mesma vida social. (2007, p.54).

Nesse sentido a pesquisa participante encontra-se inserida em um contexto de estudo amplo, embora existam questões características do local que possam ser objetos de estudo, não podemos esquecer o contexto social ao qual o problema está inserido. Brandão e Borges (2007), continuam descrevendo:

Deve-se partir da realidade concreta da vida cotidiana dos próprios participantes individuais e coletivos do processo, em suas diferentes dimensões e interações – a vida real, as experiências reais, as interpretações dadas e estas vidas e experiências tais como vividas e pensadas pelas pessoas com quem inter-atuamos. (2007, p.54).

Esse é o momento onde o pesquisador encontra-se diretamente envolvido com a realidade social e precisa compreender esta tendo convicção da sua atuação, enquanto investigador e participante de um processo de construção de uma ação.

Durante três meses acompanhamos momentos espontâneos e peculiares das famílias no cotidiano, e suas relações sociais registrando por meio de fotos e anotações no caderno de campo, desta forma fomos inseridos diretamente na comunidade e motivados a entendermos como ocorre o elo entre o saber científico e o saber cotidiano das comunidades. Durante essa pesquisa não fomos apenas observadores inseridos na equipe, fomos colegas de trabalho e participamos das ações educativas. Tarefa não muito fácil já que para isso tivemos que acompanhar durante três meses o trabalho de três ACSs, aos quais chamaremos de ACS1, ACS2 e ACS3 durante as citações, as visitas ocorreram tanto na zona urbana quanto na zona rural.

No primeiro contato com os ASCs, foi exposta a metodologia a ser trabalhada, explicando de forma objetiva como seria a colaboração dos mesmos neste trabalho. Após a

apresentação, eles ficaram bem empolgados, aceitaram e se propuseram colaborar ao máximo com a pesquisa, durante todo o processo.

Iniciamos o trabalho dia 05 de novembro de 2013, nesse primeiro momento procuramos observar as ações realizadas pelos ACSs e entender como acontece essa dinâmica de trabalho.

Durante as visitas pôde-se observar que as famílias esperam uma ação efetiva dos ACSs, além das informações e orientações, eles tiram dúvidas sobre tomada correta de medicações. A abordagem dos ACSs é sempre uma avaliação geral de como encontrasse a família, se tem hipertensos, diabéticos [...], orientações acerca dos cuidados com a água e o lixo. (Registro de Campo, 07/11/2013).

Nesse momento inicial conseguimos sentir uma ligação de confiança na questão das famílias esperarem que ocorra uma assistência de informação sobre o funcionamento dos PSFs e um acompanhamento humanizado por parte dos ACSs. Um trabalho que se caracteriza principalmente pela ação educativa. Trata-se de um elo entre as ações médicas e as ações que dependem da atuação da comunidade. De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde de Damião – PB, além do trabalho educativo os ACSs desenvolvem as seguintes atividades descritas abaixo:

- ✓ ***Acompanhamento dos adolescentes:*** neste caso os adolescentes são orientados a comparecerem no dia determinado na unidade de saúde e lá são acompanhados por uma enfermeira, que orienta e conversa sobre DST, gravidez na adolescência, verifica se está tudo bem com a saúde no geral e se preciso for encaminha para outro profissional de saúde, com auxílio de um ACS.

- ✓ ***Puericultura:*** as crianças são acompanhadas, pesadas, medidas e as mães são orientadas por uma enfermeira sobre o processo desenvolvimento integral da criança. É de fundamental importância, levando em consideração por meio dela o profissional capacitado pode detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do desenvolvimento neuropsicomotor, crescimento estatural, da nutrição e outras patologias graves e orienta a mãe de como cuidar do seu filho.

- ✓ ***Hiperdia:*** visa manter um cuidado mais próximo e especial com as pessoas que sofrem com a doença de hipertensão arterial ou popularmente conhecida como pressão alta e com o diabetes. Onde a equipe de profissionais de saúde se reúne mensalmente com os pacientes e executam ações educativas e preventivas com palestras e

atividades físicas, que visam acompanhar e monitorar a hipertensão e o diabetes nos pacientes assistidos pelo Hiperdia.

- ✓ **Visitas domiciliar com médico ou enfermeira:** dependendo do estado de saúde do paciente o ACS realiza uma visita, acompanhado de um médico ou enfermeiro dependendo da gravidade do caso, aqueles pacientes acamados ou que por conta da idade já não conseguem mais se dirigir até a unidade de saúde.

Já familiarizados com o trabalho e a abordagem desenvolvemos um bom diálogo com as famílias, participamos das orientações, explicando a importância dos cuidados que possam evitar possíveis focos de dengue. Outro fator de preocupação durante essas visitas foi o fato de que a cidade vive um surto de catapora e em vários momentos tivemos contato com pessoas afetadas.

Este trabalho nos proporcionou uma oportunidade de conhecermos a comunidade no que se refere ao processo de educação e saúde, onde o trabalho popular realizado pelos ACSs é ponto de estudo assim pudemos verificar alguns pontos importantes que merecem destaque:

A importância do trabalho do ACS

O ACS desempenha um trabalho de importante relevância, levando em consideração a sua responsabilidade com as famílias as quais fazem parte de sua área de atuação. Em seu trabalho conversa com a população sobre informações de como prevenir doenças e acompanha a saúde das famílias, pesa crianças, verifica se estão com as vacinas em dia e se as gestantes estão comparecendo ao pré-natal e se apresentam algum sintoma fora do habitual. É um profissional que está diariamente em contato com as famílias da sua área e conhece os problemas pelo qual a comunidade passa e dessa forma são capazes de desenvolver um trabalho que colabore com o crescimento da comunidade, no sentido de poderem lutar por melhorias gerais em suas vidas. O trabalho realizado pelo ACS caracteriza-se principalmente pela intervenção orientadora, como cuidados com a saúde e realização de exames preventivos.

Também constatamos que o ACS desempenha uma função do cuidar no geral, orienta sobre várias coisas, como cuidados gerais com o ambiente e em certos momentos também atua como “psicólogo”, pois percebemos o quanto as famílias aproveitam a visita para desabafar, falar de suas lutas diárias, seus dilemas, da família e de seus problemas com os filhos e marido. Descrevemos alguns destes relatos de desabafo:

Estou com uma gripe danada [...] trabalho muito fico o dia todo cuidando dos bichos é muito difícil, vocês podem ver a situação da minha casa [...] esses dias meu sofrimento diminuiu, pois meu marido *num tá* bebendo, quando ele bebia tudo era pior muito sofrimento. Essa foi uma situação de comoção, pois a família passava por vários problemas, extrema pobreza, não temos como encontrar saúde em um local desse, pois não existem na casa humilde condições básicas de higiene, de nada. A senhora relata seu sofrimento com o vício do marido, todas as dificuldades diárias que passa sem condições financeiras e emocionais. (Registro de Campo, 03/12/13).

Notamos que os ACSs enfrentam diariamente situações diversas e precisam ser capacitados para assim poderem escutar o desabafo do sofrimento/adoecimento, tendo maior conhecimento acerca de possíveis estratégias de intervenção, na percepção da arte do cuidar, do ouvir e assim serem instigados a formularem propostas para os problemas apresentados.

Os idosos são as pessoas que mais gostam de dialogar, quando chegamos para as visitas, logo puxam um assento para que possamos conversar, eles não tem pressa para que saíamos de suas casas, com muita paciência falam e falam reclamam da ausência de seus filhos e netos, contam histórias. Visitando um senhor idoso registramos o seguinte relato:

Eu moro aqui sozinho, mas tem uma vizinha que me ajuda, fiz uma cirurgia de catarata e quero ver o médico pra saber se posso continuar usando esse colírio, é muito bom poder enxergar outra vez, muita alegria em ver bem. Fui para missa, foi muito bom poder sair de casa, vi meus amigos, conversei [...] eu *tô* bem fazendo caminhada, graças a Deus, estou muito bem da vista. (Registro de Campo 28/11/13).

Essa característica dos idosos favorece e muito o trabalho do ACS levando em consideração que o diálogo é ferramenta fundamental no processo de educação preventiva. Em outro momento nos deparáramos com alguns idosos que vivem em condições precárias de abandono, excluídos da vivência em sociedade, com perdas físicas e sociais, também da convivência familiar. Na falta de atividades a serem realizadas no tempo livre e na dificuldade de enfrentamento das mudanças ocorridas nessa fase da vida. Em uma dessas visitas presenciamos um senhor sozinho em uma casa suja e sem infra-estrutura. Ele relatou: “Eu vivo aqui sozinho, uma vizinha traz comida pra mim de vez em quando. E o meu remédio que tomo, pois só tomo quando ela traz” (Registro de Campo 12/11/13).

Sendo o ACS o único profissional de saúde do qual esse senhor tem acesso, durante esse trabalho pudemos constatar o quanto ainda falta ser melhorado o atendimento para que ocorra uma assistência universal.

Outro ponto marcante foi à questão da resistência apresentada por homens quando se trata de cuidar da sua própria saúde, o preconceito ainda é um dos principais fatores que impedem a realização de exames preventivos entre os homens. Esse é um preconceito que precisa ser mudado. Retrato aqui a fala de um senhor residente na Comunidade Santa Verônica:

A ACS questiona seu Zé sobre a necessidade de realizar exames preventivos como o da próstata. Seu Zé tenta mudar de assunto e diz: eu nem fiz e nem vou fazer, pois seu Antonio só vivia no médico e morreu do mesmo jeito, pois eu prefiro morrer, pois gente da minha idade *num* tem mais o que fazer em médico. Seu Zé conversa bastante, mas não quer falar desse assunto [...] fala sobre a criação de animais, a seca [...]. Já a senhora sua esposa diz: Pois eu faço meus exames todo ano [...] mas esse meu marido é muito cabeça dura só pensa em trabalho [...] (Registro de Campo 19/11/13).

Nessa mesma comunidade encontramos mais uma vez uma situação bem característica das famílias rurais, onde em uma das residências conversávamos sobre os cuidados gerais com a saúde, em dado momento a conversa é voltada para o homem que quando questionado pela ACS sobre o exame preventivo da próstata diz num tom de deboche:

Eu *num* sei nem do que vocês tão falando. A esposa relata: Esse homem só pensa em trabalho. Continua o esposo: eu não tenho tempo pra essas coisas, pois tenho que acordar muito cedo para tirar leite das vacas e depois cuidar da terra e da comida dos bichos [...] então não dá [...] (Registro de Campo 21/11/13).

É preciso escutar atentamente sua fala e no momento oportuno intervir procurando explicar o porquê da importância de realizar as prevenções. À medida que fomos conhecendo as comunidades percebemos que a atenção primária à saúde não se encontra presente para todos. As ações desenvolvidas pelos profissionais não conseguiram estabelecer vínculos de superação do fosso cultural existente, o medo de procurar o médico e o uso dos remédios caseiros faz parte de sua cultura, principalmente nas comunidades rurais. Percebemos a apreensão e timidez no olhar e gestos de uma mulher quando perguntamos se tinha realizado o citológico esse ano, ela responde:

Olhe minha filha eu tenho 65 anos e nunca fiz esse exame ai que vocês tão falando, eu tive 10 filhos todos de parto normal e em casa [...] quando eu sinto alguma coisa eu faço um chá [...] e assim vou passando [...]. Explicamos como é realizado o exame, a importância e que será feito por uma profissional do sexo feminino, mas a senhora

sempre apresenta argumentos fortes que é distante, que não tem tempo, e depois de muita conversa ela não mais argumenta e diz: é vou pensar [...] quem sabe eu ajeito e vou qualquer hora. Nesse momento sentimos a resistência de um povo que luta e que não são facilmente convencidos por uma ideia que vai contra seus costumes. (Registro e Campo 21/11/2013)

Nesse momento sentimos como é difícil convencer essa senhora da importância da realização de exames preventivos, existe uma resistência que os impedem de mudarem suas atitudes, algo que cultivam há muito tempo, é um povo marcado pelo sofrimento, oprimido pela falta de oportunidade, carregam consigo características de luta e essas aparecem quando o novo é colocado diante deles. Apesar de terem evoluído bastante ainda representam um grupo de risco quando se trata da realização de exames como citológico e mamografia, isso ficou mais evidente quando visitei algumas comunidades rurais a maioria das senhoras com mais de 50 anos nunca realizou nenhum exame preventivo do tipo citado anteriormente.

Um momento para associar o que eles têm a possíveis ações que possam acrescentar melhorias em sua vida, as palavras em momento algum podem afugentar ou mostrar autoritarismo, pois isso seria como você quebrar o contato a abertura que foi criada com o diálogo. Essa resistência marcada por uma história de ausência de uma assistência em saúde presente na vida desses sujeitos, fato esse que precisa ser trabalho no sentido de reorientar um pensar mais igualitário. Essa é uma manifestação que marca seus costumes que foram passados de geração por geração, condições características de desigualdade social. Seus costumes representam a forma como conseguiram ao longo do tempo superar as dificuldades.

O profissional ACS como elo entre saber científico e o saber cotidiano

Durante todo tempo, fazendo o trabalho de campo junto com os ACSs pudemos entender de que forma ocorre esse vínculo entre o saber científico e os saberes cotidianos da comunidade, além de serem escutadas e respeitadas por suas crenças às famílias são chamadas pelo seu nome e sentem-se à vontade para conversar sobre quase tudo. Existe um vínculo entre a comunidade e os ACSs [...] as famílias são chamadas pelo seu nome, falam de seus problemas e reclamam, diferentemente dos demais profissionais de saúde que fazem parte dos PSFs que estão mais distantes da comunidade (Registro de Campo 21/11/2013). Só o fato de terem em sua casa um profissional que não demonstra ignorar sua cultura é algo muito importante. Em alguns casos esses profissionais possui baixa escolaridade, origem rural, religiosidade e trabalham baseado na experiência de vida, elementos similares à população

atendida. Isso cria um vínculo de respeito, o que permite uma aproximação do profissional com a família.

Observamos em dado momento o quanto as famílias confiam no ACS e desta forma buscam nele um amigo, uma pessoa que possa desabafar e contar seus dilemas problemas do dia-a-dia. A ACS1 diz: “Na maioria das vezes conseguimos ligar o conhecimento científico ao saber cotidiano, existem casos e casos, pessoas que só acreditam no científico, e pessoas que só acreditam nos *aprontados*, ou seja, remédios caseiros”. (Registro de Campo 14/01/2014).

Percebemos que o uso de plantas medicinais manipuladas pela própria comunidade ainda é muito forte principalmente na zona rural e o ACS precisa respeitar o saber popular, jamais pode dizer que esta é uma ação errada, isso seria como quebrar todo o vínculo de respeito criado entre o profissional e a comunidade. Em uma dessas visitas a paciente já há alguns dias sentia muita dor na garganta e apesar de já ter sido medicada continuava fazendo uso de simpatias, a jovem usava uma espécie de colar feito com dentes de alho. E a mãe relatou: “Minha filha *tá* doente, já fiz uso de arruda, alho e outros remédios do mato [...] e já fui para dois médicos”. (Registro de Campo 05/12/2013). Podemos compreender que mesmo procurando o atendimento médico o usuário faz questão de manter os seus costumes, fazendo uso de medicações caseiras.

Fatores importantes que denotam um trabalho popular

Durante esses dias de trabalho em campo nos deparamos com muitas situações, famílias que conversam e permitem trocas de informações, outras que não demonstram interesse pela visita e o diálogo. Mas acima de tudo constatamos que na sua maioria a visita do ACS representa uma ação significativa e traz reflexões sobre educação em saúde contribuindo de forma significativa no trabalho de Estratégia de Saúde na Família. O ACS atua no seu papel educativo, constatamos um elo de respeito e confiança, não existe uma barreira entre os Agentes e as famílias, as mesmas são visitadas dentro de sua realidade no seu cotidiano e se sentem totalmente à vontade para conversar sobre tudo.

Descrevo abaixo um relato que denota isso: “Minha filha que bom que você veio aqui, eu precisava mesmo te ver para você me explicar direito como eu tomo esse medicamento, pois aquele doutor não me explicou e eu não entendo bem aquelas coisas que ele fala. Ai eu tomei chá, mas agora tu me ajuda a entender”. (Registro de Campo 06/12/2013). Em outro

momento o atendimento aconteceu ali mesmo na calçada, estavam lá sentadas senhoras na sombra conversando e recebendo um vento fresco. A ACS sentou-se na calçada e atendeu todos, verificou pressão, pesou e mediu a altura, falou dos cuidados com a alimentação, foi uma tarde com uma roda de conversas. As senhoras trocaram ideias e contaram suas experiências tudo aconteceu de forma espontânea.

Segundo Vasconcelos(2008).

Nessas iniciativas de Educação Popular e Saúde dá-se grande ênfase à estruturação de instrumentos de ampliação dos canais de interação cultural e de negociações [...] entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de profissionais. A partir de posturas como esta, tem-se assistido, em alguns locais, à emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela interação entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração. Nesse sentido a educação em saúde deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas aí realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade. (2008, p.30)

As ações realizadas pelo ACS buscam além da ética profissional, trabalhar com simplicidade, criando um vínculo de aproximação entre o ACS e a família, essa simplicidade do profissional que em ações deixa transparecer para população eu sou um de vocês e estou aqui com vocês para que juntos possamos construir um entendimento que melhore nossas condições de vida.

Educação libertadora no contexto do trabalho do ACS

A educação como prática libertadora ainda precisa ser fortalecida e não foi um ponto tão presente durante esse acompanhamento que fizemos, não observamos por parte da população um entendimento da importância de sua colaboração. Não é tão fácil realizar uma conscientização baseada no diálogo. Considerando uma educação para a saúde que crie possibilidades que compreendam o sentido que cada indivíduo dá para a sua vida, como convive com a comunidade em uma perspectiva coletiva, por meio do compartilhamento de experiências do cotidiano, é um caminho para a liberdade e para a construção de sua destinação.

Nos deparamos em alguns momentos com uma educação denominada por Paulo Freire (1999), como educação bancária, fato também constatado por Moreira 2010 que descreve:

No que se refere ao contexto de trabalho dos ACS, se percebe que estas, em sua maioria, reproduzem uma visão de educação bancária, em que o educando não é visto como sujeito do processo educativo. Na medida em que entendem a natureza educativa de seu trabalho como transmissão de informações- muito mais do que troca de saberes-, em que o papel dos usuários seria o de cuidar da saúde, buscar ajuda, seguir as orientações e tomar os medicamentos e o dos profissionais de orientar, informar, prevenir, ouvir para tentar ajudar, estão concebendo a educação como bancária. (2010, p.13)

Os ACSs apresentam muitas das características que poderiam levar a um trabalho educador libertador, pois, conhecem bem o ambiente de trabalho, sabem quais os problemas enfrentados pela comunidade e até por cada família, conhecem a linguagem popular e seus costumes e o principal existe uma relação de respeito e uma abertura para o diálogo, essa é a realidade que notamos em nossa área de estudo.

Moreira (2010), descreve em iguais concepções as características que possibilitam uma educação libertadora.

Como enfrentamento a esta situação, o educador necessita conhecer o ambiente no qual estará inserido para permear as relações, conhecer a realidade e as palavras significativas daquele grupo, condições para haver participação. Este conhecimento pode ser entendido como facilitador no trabalho das ACS, pois as mesmas fazem parte da comunidade e pressupõe que conhecem a realidade e podem, aos poucos, construir com os usuários uma relação de maior troca, favorecendo o empoderamento dos mesmos. (2010, p.13)

Observamos que o ACS é apenas um membro da ESF e ele sozinho não pode realizar um trabalho que possa romper toda essa história cultural de autoritarismo imposta pelos profissionais de saúde, na nossa concepção esses profissionais estão sim realizando uma educação libertadora, mas nem em todos os momentos, talvez o que falta é um trabalho de equipe que foque na comunidade.

A comunidade precisa participar de grupos que discutam os problemas e acima de tudo que entendam a importância de que suas ações podem mudar a realidade de suas vidas.

Quando descrevemos acima todas as características encontradas no trabalho realizado pelos ACSs, percebemos que mesmo de forma espontânea e sem seguir conceitos, normas ou

definições, realizam um trabalho popular em saúde, mas é preciso desenvolver um trabalho onde a comunidade possa participar e ter voz ativa. Em outro momento conversando com a ACS1 ela fez o seguinte relato: “A sociedade vive uma opressão política, tanta corrupção, com a desigualdade social existente neste país é muito difícil realizar uma educação libertadora.”. (ACS1, Registro de Campo 21/01/2014)

De acordo com a visão da ACS1 esse é um problema existente em todo o país, não depende só deles, mas de todos que aos poucos podem desenvolver pequenas ações que vão fazendo com que a população compreenda a importância de sua participação na construção de uma sociedade mais justa.

O conceito de saúde na visão dos ACSs e da comunidade

O trabalho realizado diariamente pelo ACS encontra-se em um contexto de articular uma ação conjunta entre os profissionais e a comunidade, mas para que ocorra um trabalho efetivo é necessário entendermos muitos fatores que nos rodeiam. O processo saúde – doença envolve muitos fatores, antigamente saúde era definida apenas como ausência de doença, atualmente entendida de forma abrangente, contempla todos os aspectos globais nos quais o homem encontra-se inserido, ou seja, um bem estar geral. Não podemos dizer que uma comunidade que não possui saneamento básico tenha saúde, assim como a precariedade na: moradia, trabalho, lazer, educação e fatores ambientais. Os profissionais de saúde ACSs precisam entender o processo saúde-doença no contexto amplo para assim poderem compreender as necessidades de sua comunidade. Em alguns momentos conversando com as ACSs que acompanhamos ouvimos as seguintes concepções sobre seus entendimentos sobre saúde: “Saúde é o bem estar físico, mental e social, não só ausência de doença. (ACS1, registro de campo 20/01/2014). Esta concepção está presente nos diálogos realizados pela ACS2 que relatou:

Saúde significa o ser humano está bem fisicamente, mentalmente, ter moradia, saúde, lazer, educação, um monte de coisas na vida, antigamente só se achava que saúde era não estar doente, ou seja, ausência de algum sintoma físico é importante as pessoas terem coisas básicas como o que comer e usar, onde morar, enfim é tudo aquilo de bom que o homem pode ter. (Registro de Campo 22/01/2014).

Notamos que a concepção de saúde relatada pelos ACSs demonstra uma noção ampla, que hoje é considerada o padrão. A ACS3 descreve saúde com um conceito amplo: “Para mim

saúde é tudo na vida do ser humano”. (Registro de Campo 29/01/2014). Já nas comunidades a definição de saúde é bem singular para cada grupo. Durante esse trabalho conhecemos uma comunidade de assentados denominada: Assentamento Santa Verônica a qual possui aproximadamente 50 famílias assentadas, na sua maioria agricultoras. Nosso contato inicial foi muito bom, as famílias nos receberam bem. Com relação aos cuidados com a saúde e realização de exames preventivos percebemos uma resistência, na maioria das mulheres e homens, principalmente com homens como já tinha comentado anteriormente. Em uma das visitas encontramos um casal de idosos com mais de 80 anos, esses se encontravam bem cuidados e saudáveis, a família auxiliava nas tarefas domésticas. Para nossa surpresa o senhor estava trabalhando de pedreiro, fomos conversar com ele e questionamos: O senhor ainda tem toda essa disposição para o trabalho? Ele Relatau:

Eu tenho 80anos de trabalho, pois comecei a trabalhar com oito anos *num* serviço que não parava nem para pra comer [...] eu pastorava o trigo para os passarinhos não comer [...], hoje tudo é fácil, estamos numa vida do céu, só *num tá* melhor por causa da violência, para mim o que simboliza a saúde é o trabalho, enquanto *tô* trabalhando, *tô* com saúde, o que vale é a saúde da gente, se a gente para de trabalhar fica doente. (Registro de Campo 26/11/2013).

Nessa comunidade de assentados a palavra saúde sempre aparece relacionada ao trabalho, característica talvez explicável pelo fato de se tratar de pessoas que lutaram por muito tempo por um pedaço de terra e a terra significa o trabalho e poder trabalhar é para eles o maior presente e sinônimo de saúde. Se a terra representa uma conquista que trouxe a oportunidade de poderem realizar suas atividades e assim conseguirem superar a injustiça social vivida durante muito tempo, isso fica evidente que para essa comunidade, viver hoje de forma organizada é motivo de dizerem, tenho saúde, trabalho e, essa ação do trabalho eles consideram como saúde. É notável que ainda precisa ocorrer muitas melhorias, mas o fato de poderem trabalhar significa saúde e a isso atribuímos a conquistas de uma organização que os assentados conseguem ter a partir do momento que conquistam um pedaço de terra, junto com a terra vem moradia, estabilidade, organização e a luta por uma comunidade que possa apresentar condições humanizadas de vida, o que caracteriza a saúde atualmente descrita pela literatura.

Considerações Finais

A elaboração deste trabalho proporcionou a oportunidade de conhecer o trabalho realizado pelos ACSs e melhor compreender o processo de educação em saúde realizado pelos mesmos, vivenciando um contato com a realidade existente. Observando como acontece a Educação Popular e Saúde, analisando de que forma os ACSs fazem uso de seus conhecimentos diários para poder melhorar a assistência à população.

Com relação à participação da comunidade no processo de educação em saúde esta ação acontece de forma ainda muito passiva. Já os ACSs realizam um trabalho com quase todas as características de uma educação libertadora, só que de forma espontânea e não baseados em concepções ou de forma proposital. O ACS é apenas um membro da equipe de saúde na família e sozinho não pode realizar um trabalho que deve ser feito em grupo.

Em vários momentos presenciamos ACSs fazendo reclamações sobre o comportamento dos demais profissionais, que não apresentam características para desenvolverem um trabalho popular, ou seja, compreenderem a comunidade com seus problemas e dilemas. As comunidades rurais são extremamente abertas ao diálogo, representam um povo sofrido e oprimido, que tem uma percepção de que não depende deles para que as coisas possam acontecer.

A Atenção Primária a Saúde em nosso município tem evoluído bastante, levando em consideração que ainda é uma cidade nova e em formação, mas sabemos que a falta de profissionais que realmente estejam empenhados com luta do povo e preocupados com a população são poucos. Acompanhamos uma ACS que é sinônimo de luta, que participa do conselho de saúde e seu trabalho não se resume apenas as coisas mínimas, preocupa-se com a totalidade, representando uma lutadora popular que a todo o momento conduz a população a buscar os seus direitos.

Outro ponto marcante foi com relação à população idosa, a maioria encontra-se afastada da sociedade, o município precisa urgentemente criar um centro de convivência onde essas pessoas possam participar serem ouvidas e se integrarem a sociedade, mesmo aqueles que possuem família sentem-se sozinhos e não têm com quem conversar e contar seus dilemas do dia-a-dia.

Assim, percebemos que o trabalho dos ACSs na cidade de Damião- PB é de fundamental importância para as comunidades, já que eles são os olhos dos programas de saúde, ou seja, diariamente estão em contato com a comunidade, são escutados e a medida do possível seus problemas são por eles orientados a tomarem uma iniciativa e procurarem a assistência. Desempenham um papel educativo/orientador que ajuda muito a comunidade a participar das Estratégias de Saúde na Família.

Referências

ALBUQUERQUE, P. C. e STOTZ, E. N. *A Educação Popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade*. Recife-PE, 2004.

ALVES, V. Sampaio. *Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. Interface, vol. 9, nº 16, 2005.

ALVIN, N. A. Titonelli, FERREIRA. M. de Assunção, *Perspectiva problematizadora da Educação Popular e Saúde e a enfermagem*. Rio de Janeiro, 2007.

ANDRADE, I. M. [et...al]. *Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudança de comportamento, conceitos e reflexões*. UCG, Goiânia, 2009.

BANCO DO BRASIL. *Demonstrativo de Distribuição da Arrecadação*. Disponível em <https://www17.bb.com.br/portallbb/djo/daf/Demonstrativo,802,4647,4652,12,1.bbx>. Acesso em 20/12/2013.

BRANDÃO, C. Rodrigues. *O que é educação popular*. Disponível em: http://forumeja.org.br/go/sites/forumeja.org.br/go/files/o_que_ed_popular_Brand%C3%A3o.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2013.

BRASIL. Fundo Nacional da Saúde. Visto em <http://www.fns.saude.gov.br/visao/consultarPagamento/pesquisaSimplificadaEntidade.jsf>. Acesso em 30/12/2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Visto em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSPB.def>. Acesso 28/12/2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, 2000.

CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA. *Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular*. Vol. 08, nº 01. Rio de Janeiro, 1992.

CAMPOS, L; WENDHAUSEN, A. *Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família*. Florianópolis, 2007.

ENSP. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/>. Acesso em: 09 de agosto de 2013.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 2005.

_____. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. EGA: 1996.

_____. *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1979.

_____. *Pedagogia do Oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

GOMES, L. Bezerra; MERHY, E. Elias. *Compreendendo a Educação Popular e Saúde: um estudo na literatura brasileira*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Visto em <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 05/01/2014.

MACHADO, M. F. A, Sousa, [et al]. *Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual*. Ciência e saúde coletiva. Ceará, 2007.

MERHY, E. Elias, [et al]. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4º Ed, São Paulo: Hucitec, 2007.

MOREIRA, J. *O papel educativo de agentes comunitárias de saúde na Estratégia Saúde da Família: o desafio da educação libertadora*. In: Reunião Anual da ANPED, 2010, Caxambu. 33ª Reunião Anual da ANPED, v. 1. p. 01-16. 2010.

NETO, L. P. Xavier (org.). *Educação popular*. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural, 2007.

OLIVEIRA, E. [et al]. *Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento: conceitos e reflexões*. CEEN. Goiânia, 2009.

OLIVEIRA, M. W. *Educação Popular e saúde*. Uberlândia, 2007.

OLIVEIRA, R. Magalhães. *A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população*. Belo Horizonte, 2003.

PARAÍBA. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. *Módulo Introdutório*. CEFOR, João Pessoa: 2012.

PINHEIRO, L. R. Barros. *Educação e saúde no Recife: (re) construindo um processo*. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2002pinheiro-lrb.pdf>. Acesso em: 09 de agosto de 2013.

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO, Vol. 14, nº 42. 2009.RJ. Jan./fev. 1992.

ROSA. W. A. Godinho; LABATE. R. Curi. *Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência*. Ver Latino-am Enfermagem. São Paulo: 2005.

SANTOS, F. Rogério dos, *Comunicação e Educação Popular e Saúde: um projeto da UNIMEP e a Secretaria Municipal de Saúde*. INTERCOM. Vitória-ES, 2010.

SOUSA, E. S. *Educação Popular e saúde: cidadania compartilhada*. Campinas, 2001.

STOTZ. E. Navarro, [et al]. *Educação Popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social*. Revista APS, vol 8, nº 1, 2005.

_____. *Algumas palavras sobre Victor Vincent Valla*. 2011. Disponível em: <http://laurocampos.org.br/2011/10/algumas-palavras-sobre-victor-vincent-valla>. Acesso em: 10 de setembro de 2013.

TEIXEIRA, S. FLEURY, (org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 3 ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro, 2006.

_____. *Caderno de Saúde Pública*. V.8, nº1. Rio de Janeiro-

_____. *Participação popular em endemias: uma nova conjuntura*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

_____. *Sobre participação popular: uma questão de perspectiva*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação Popular nos serviços de saúde*. 3º Ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. CRUZ, P. J. Santos Carneiro. *Educação Popular na formação universitária: reflexões com base em uma experiência*. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.

_____. *Educação Popular e a atenção à saúde da família*. 4º Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. *Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde*. Revista saúde coletiva. Rio de Janeiro: 2004.

_____. *Espiritualidade na Educação Popular e Saúde*. Vol. 29, nº 79, Campinas: 2009.

_____. *Surgimento, crise e redefinição da Educação Popular e Saúde*. Disponível em www.abrasco.org/grupos/arquivos/2007... Acesso em 20/11/2013.

Anexos

Fotos

da

Pesquisa de Campo



Fig.1- UBS I e II do município de Damião-PB



Fig.2- Vista frontal da UBS I e II



Fig.3- Visita à comunidade Chã.



Fig.4- Conversando sobre cuidados com a saúde



Fig.5- A ACS realizando o trabalho de prevenção a dengue.



Fig.6- Visitando o conjunto habitacional na cidade.



Fig.7- Verificando a pressão



Fig.8-Orientações e verificação da P.A



Fig.9-Na residência fazendo minhas anotações



Fig.10-Conversando sobre cuidados com o lixo



Fig.11-Visitando comunidades rurais



Fig.12-comunidade rural



Fig.13- realizando orientações sobre planejamento familiar



Fig.14- acompanhamento de idosos e criança



Fig.15- supervisionando o deposito de água



Fig.16- Aguardando o recebimento