
A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O EMPODERAMENTO: Reflexões a partir das agentes comunitárias de saúde^(*)

*Janine Moreira
Heliete Rocha dos Santos
Elisabete Gonçalves
Fábio Cossa de Souza
Josiane Luzia Scussel
Patrícia Vieira*

INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais da área da saúde tem sido compreendida, no Brasil, configurada em um quadrilátero: ensino, gestão, atenção e controle social. Nele, o ensino é entendido tanto como formação básica do profissional como educação permanente. É uma configuração que busca aproximar instituições de ensino com a política pública de saúde. A política de saúde brasileira se configura no Sistema Único de Saúde (SUS), em que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma dimensão importante, no sentido de ser um instrumento de realização dos princípios e diretrizes desta política. Uma categoria de profissional das equipes de ESF é o agente comunitário de saúde (ACS), sujeitos de nossa pesquisa. Este profissional possui o papel de articular os profissionais da saúde e a população, na medida em que são pessoas oriundas da comunidade. Assim, seriam o elo entre o saber científico dos profissionais e o saber popular da comunidade, sendo eles próprios representantes deste saber popular, uma vez não haver a necessidade de uma formação anterior específica para o desempenho desta atividade.

Partimos da compreensão de que, para o cumprimento das diretrizes do SUS, discutidas mais adiante, a ESF deve ser um locus de efetivação de uma educação em saúde libertadora, no sentido de Paulo Freire. A educação em saúde é configurada na relação estabelecida entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde/população, e, para tanto, a função dos ACS ganha importância. A educação permanente se situa para nós como uma mediação possível de formação dos profissionais da saúde, no nosso caso, os ACS, para que estes possam efetivar uma educação em saúde libertadora, em que o empoderamento é central. Neste sentido foi nosso questionamento na pesquisa. O contexto foi a formação permanente de profissionais de saúde inseridos em serviços públicos de saúde.

^(*) Este texto é uma ampliação do artigo apresentado no 7º Congresso Internacional de Educación Superior, realizado em Havana, Cuba, de 08 a 12 de fevereiro de 2010, intitulado “Educação Permanente em Saúde: a universidade como mediação para o empoderamento”, dos mesmos autores.

O texto inicia com esclarecimentos sobre a metodologia utilizada na pesquisa que forneceu os dados para estas reflexões; em sequência, faz considerações sobre a educação permanente em saúde, entendida no quadrilátero citado; após, se problematiza a educação permanente em saúde no âmbito da ESF e, finalmente, discute-se os dados da pesquisa.

METODOLOGIA

A pesquisa caracterizou-se como empírica, exploratória, com abordagem predominantemente qualitativa e foi realizada entre agosto de 2007 e julho de 2008.

Os sujeitos da pesquisa foram 70 agentes comunitárias de saúde¹ das 26 equipes de ESF do município de Criciúma, estado de Santa Catarina, região sul do Brasil. A amostra foi aleatória. Definimos 3 (três) agentes por Unidade (em algumas unidades havia mais do que três, em outras este era o número total, em outras ainda haviam menos, por motivo de licença médica e férias de algumas). Quando a Unidade apresentava mais do que três agentes, o critério foi realizar a pesquisa com aquelas que estivessem presentes na hora da entrevista.

O instrumento de pesquisa foi a entrevista semiestruturada. As entrevistas realizadas foram gravadas com o consentimento dos profissionais, que assinaram um Termo de Consentimento Informado (TCI), e, em relação àqueles que não autorizaram a gravação, foi feito o relato manual. O sigilo da identidade dos sujeitos foi garantido no contato com os mesmos, e expresso no TCI. A partir daí, foram realizadas as transcrições, estabelecidas as categorizações e realizada a síntese geral. As falas apresentadas neste texto foram corrigidas no tocante à língua falada, porém, mantido seu sentido original; os sujeitos foram identificados por números (A.C.S. 1, por exemplo).

A análise dos dados se deu por categorias. Para Gomes (2003, p. 70):

As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. [...]. Já as que são formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas.

Foram estabelecidas apenas categorias gerais, previamente à coleta de dados. Este texto analisa algumas das categorias elencadas, pois a pesquisa foi mais ampla do que a parte apresentada, tendo envolvido, para além da educação permanente, também a compreensão dos profissionais sobre seu trabalho, sobre a ESF, sobre saúde e doença. Neste texto, estaremos

¹ De agora em diante, vamos tratar esta categoria no feminino porque os sujeitos de nossa pesquisa foram todas mulheres.

analisando as seguintes categorias gerais: avaliação da educação permanente, consequências da educação permanente em seu trabalho, necessidade de continuar participando dos cursos.

Na análise dos dados, primeiramente se procedeu à leitura de cada entrevista, para se compreender a lógica de cada sujeito. Depois, os dados foram agrupados segundo cada categoria estabelecida. Assim, se buscou a compreensão de cada categoria, sem perder a unidade de cada sujeito.

Por esta pesquisa se caracterizar prioritariamente como qualitativa, ainda que tenhamos registrado a frequência das respostas, ela não foi foco de análise. Também sucedeu que nem todos os sujeitos responderam claramente a todas as questões, assim que a frequência registrada não tenha sido de 100%. Para nós, foi mais importante perceber quando as respostas eram majoritárias, e mesmo aquelas que apareceram apenas uma vez, foram trabalhadas quando entendidas significativas para tecer considerações a que a pesquisa se propunha.

REFLEXÕES INICIAIS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Pensando-se nos profissionais que trabalham com saúde coletiva ou saúde pública, para L'Abbate (1994), a educação em saúde pode ser entendida como práticas que se dão nas relações sociais entre os profissionais de saúde e entre estes e o usuário dos serviços de saúde, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Neste sentido, as melhorias dos serviços de saúde devem capacitar os profissionais para a busca de aperfeiçoamento nestas relações sociais, tanto quanto seu aperfeiçoamento em aspectos técnicos, como os relacionados com a epidemiologia, por exemplo.

A autora coloca que são duas as demandas dos profissionais pela área de Educação em Saúde: a instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas e o desenvolvimento do papel profissional. A primeira se relaciona com a “necessidade de aprender a trabalhar em grupo e/ou melhorar o seu contato com o usuário nos atendimentos mais individualizados” (L'ABBATE, 1994, p.482). A segunda implica em refletir sobre a complexidade de seu trabalho, do ponto de vista institucional, relacional, o significado do caráter público, o direito à saúde, enfim, questões que também desembocarão no atendimento ao usuário, na relação estabelecida com ele.

Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem o que chamam de quadrilátero da formação para a área da saúde, formado pelo ensino (instituições de ensino), gestão (gestores da saúde pública), atenção (profissionais da saúde) e controle social (usuários). Fazendo a crítica da formação dos profissionais da saúde, no sentido de não se caracterizar enquanto preparatória destes na lógica das

políticas públicas de saúde, e sim para uma prática pautada em tecnologias altamente especializadas, os autores atribuem responsabilidade às instituições de ensino superior como mediadoras para estas políticas. Nestas, os autores destacam o controle social em saúde, considerado fundante do modelo oficial de saúde de nosso país. “Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

A Lei 8.142, de 28/12/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Em relação à participação popular, o seu Artigo 1º estabelece que o SUS contará com duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo, quais sejam, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde:

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, Lei 8.142, 1990).

O Parágrafo 4º estabelece que os usuários terão representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, tanto na Conferência de Saúde como nos Conselhos de Saúde.

A política pública de saúde brasileira é o SUS, estabelecido pela última Constituição Federal, de 1988, com uma lógica de universalização e igualdade de acesso da população à saúde, de regionalização e hierarquização da organização dos serviços, segundo as diretrizes de descentralização dos serviços, integralidade no atendimento e participação popular. É o estabelecimento de um novo modelo de assistência à saúde, pautado no acesso de todos os cidadãos e centrado na promoção à saúde e não na cura de doenças (significando um alargamento do conceito de saúde), tendo como base a descentralização administrativa. Esta, na prática, situa a saúde na gestão municipal, portanto, mais próxima à população, possibilitando o acréscimo em número das unidades de saúde, fazendo-se frente ao modelo “hospitalocêntrico”. Por acreditarem

nesta política, os autores anteriormente citados defendem que os profissionais de saúde devem ser formados para o SUS.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação de profissionais não implica apenas em habilidades técnicas e de pensamento, mas também em adequado conhecimento do SUS e em produção de subjetividade:

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.43).

O setor ensino, de formação do profissional, deve expressar os interesses públicos. Os autores defendem que além do ensinamento das questões técnicas, deve-se também disseminar “os saberes produzidos nos serviços, nos movimentos sociais e nas práticas populares” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.44).

Assim, os autores dizem que

De produto secundário, a implementação das diretrizes constitucionais do SUS deveria passar a objetivo central e a educação em serviço ganhar estatuto de política pública governamental. De outra parte, as instituições formadoras, mediadas pelo Estado, deveriam demonstrar a relevância pública de seu projeto político-pedagógico e os significados que emprestam à produção de conhecimento e prestação de serviços e, assim, permitir o julgamento, pela sociedade, do cumprimento de suas funções públicas, igualando-se ao SUS ao reconhecer o direito de controle da sociedade sobre a gestão pública do ensino (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.46).

Para os autores, a educação permanente em saúde deve ser estruturada a partir da problematização dos profissionais de saúde de seu processo de trabalho. “Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.49). Neste sentido, os autores defendem que o núcleo central da política de formação para a saúde deva ser constituído pela própria população. “Suas necessidades sanitárias e mesmo de educação para a gestão social das políticas públicas de saúde devem ser contempladas, promovendo-se o desenvolvimento da autonomia diante das ações, dos serviços e dos profissionais de saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 52). E

defendem mecanismos de avaliação dos processos de educação permanente para que sejam identificados os efeitos das ações desenvolvidas, assim como mecanismos de monitoramento para ordenar e/ou reordenar a articulação que eles defendem seja interinstitucional nesta política de formação.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A ESF

A ESF se originou do Programa Saúde da Família (PSF), nascido oficialmente no Brasil em 1994, advindo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991 e disseminado no país a partir da segunda metade da década de 1990. O PSF foi concebido como uma estratégia para a concretização das diretrizes e princípios do SUS (descentralização, integralidade, participação, universalidade, regionalização, equidade), para levar a saúde para as comunidades em torno da assistência básica e de aproximação com a comunidade.

As equipes de PSF são formadas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde². Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 4 mil habitantes no máximo, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área. A lógica do programa é que estas famílias e esta equipe passem a ter um vínculo e uma corresponsabilidade no cuidar-se. O PSF funciona mediante um trabalho de equipe, em que o agente comunitário de saúde (ACS) é tido como o elo fundamental entre a comunidade e o serviço de saúde, caracterizando uma troca de saberes deste agente e da população – saber popular – e dos profissionais – saber técnico/científico. As atividades são realizadas tanto nas unidades de saúde como em casa. (BRASIL, 2012).

A partir da Portaria do Ministério da Saúde Nº 648, de 28 de março de 2006, o PSF é substituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF), por se considerar tratar-se de uma estratégia sem data de término, ao contrário do que um “programa” pressupõe.

A Portaria 1.996 do Ministério da Saúde, de 20 de agosto de 2007, estabelece que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se faça por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviços (CIES). Os Colegiados são formados pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). É de sua incumbência elaborar o plano de Ação Regional de Educação Permanente

² Em nossa pesquisa, o número de 6 agentes comunitários foi o máximo encontrado, sendo que a maior parte das unidades de saúde apresentava número menor. Este número depende do tamanho da área sob responsabilidade da unidade de saúde.

em Saúde para a região. As CIESS são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da política de Educação Permanente em Saúde. São formadas por gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme especificidades da cada região, por: gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. Uma de suas atribuições seria, conforme Artigo 6º, Inciso II:

[...] articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde [...] (BRASIL, PORTARIA 1.996, 2007).

Em termos de política, o Ministério da Saúde define:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções. (BRASIL, 2012).

Assim o Ministério da Saúde define educação permanente em saúde:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. (BRASIL, 2004, p. 3. Grifos nossos).

Assim, a PNEPS está articulada às diretrizes e princípios do SUS que, por sua vez, tem na ESF uma de suas mediações para se concretizar. Para operar o SUS, “a educação permanente em saúde interpõe, nesta vertente, a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão” (BRASIL, 2004, p.5).

Entendemos que abre-se um espaço nestas políticas públicas de saúde para o desenvolvimento de uma prática educativa em saúde que vise o empoderamento. Este, todavia, tem em Paulo Freire, criador da educação problematizadora/libertadora, um de seus inspiradores (CARVALHO, 2004). Assim, compreendemos a educação permanente em saúde como possibilidade de mediação para o estabelecimento de uma prática educativa em saúde problematizadora/libertadora que, por sua vez, possa levar ao empoderamento.

Localizada a educação permanente quanto à sua estrutura legal, nos deteremos agora à realidade encontrada na pesquisa, com a discussão sobre as categorias de análise, as quais serão apresentadas e analisadas.

AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE E SUA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Avaliação da Educação Permanente

Quanto à participação em educação permanente, praticamente todas as agentes fizeram ou estavam fazendo algum curso. Algumas fizeram a capacitação quando do início do PSF; na época da pesquisa, ocorriam cursos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, sobre temas específicos como diabetes, hipertensão, com o objetivo de capacitá-las em seu trabalho de orientação à população. Também na época da pesquisa participavam de um curso fornecido pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), a partir da CIES (que substituiu, no período em que se iniciava a pesquisa, os Polos de Capacitação em Saúde) da região, intitulado “Sensibilização para o Trabalho em Saúde da Família”. Na ocasião da pesquisa, este curso estava iniciando. Nossa pesquisa não chegou a realizar análise documental dos cursos oferecidos, assim que a avaliação abaixo se dá somente da perspectiva das agentes comunitárias.

E como avaliam a educação permanente recebida? Houve o registro de 63 sujeitos tecendo considerações sobre esta questão; destes, nem todos forneceram elementos qualitativos sobre a questão (limitaram-se a expressar se estavam ou não gostando). Considerando-se estas formações em geral, portanto, não especificando-as curso a curso, e também não valorizando as respostas quantitativamente, uma vez a pesquisa ter caráter qualitativo (mas indicando entre parêntesis a frequência das respostas de cunho mais qualitativo), as agentes avaliam, em sua grande maioria, esta formação recebida de forma positiva, uma vez que:

-
- Agrega muitos conhecimentos, com conteúdos importantes, propicia atualização e conhecimento para seu trabalho e para repassar às pessoas; (21 sujeitos)
 - Propicia troca de experiências com outras unidades; (3)
 - Bem planejada; (1)
 - Há interação entre o grupo. (1)

Algumas falas ilustram estes tópicos:

Olha, eu acho importante assim, eu gosto do meu trabalho, do que eu faço, pra ti gostares do que tu fazes, tu tens que ter também... te exercitares, porque tudo muda, tipo assim, as pessoas mudam, o lugar muda, tu tens que estar te adaptando. Eu trabalho no trilho, que é risco, então, assim, sempre tem gente diferente, sempre tem caso diferente. Então eu acho que é importante, porque tu vais te aperfeiçoando, tu não ficas só naquilo ali, dizer... tu só és agente pra visitar, tudo tem uma continuidade, tudo aquilo que tu levas mais, tu aprendes mais. Eu acho. (A.C.S. 26).

É bom, é bom, pra gente entender mais, pra ter como explicar quando eles perguntam pra gente nas visitas, ou mesmo quando a gente não entende a gente encaminha. Aí eles vêm fazer direto com a enfermeira, porque quando a gente não tem como explicar, não entende muito bem, a gente encaminha pra enfermeira. (A.C.S. 22).

Ótimas. Ótimas. Aprendi assim muito, porque faz seis anos que eu estou indo nessas, então aprendi muita coisa sobre hanseníase, sobre tuberculose, DST, AIDS, claro, não era nenhuma leiga nisso, mas eram coisas assim pequenas, vacinas, na carteirinha quando está na época, quando está atrasada, e é, aprende uma monte de coisa, muito válido. (A.C.S. 18).

Tá sendo bem bom, a gente aprende coisa que a gente não sabe, que os outros das outras unidades passam, assim, a gente vai aprendendo um com o outro. (A.C. S.12).

É por aqui assim, a gente sempre aprende alguma coisa de novo, às vezes até a gente conversando, porque se reúne todo mundo, sempre tem alguma coisa de novo que a gente escuta, assim. (A.C.S. 46).

Algumas ACS deram sugestões para seu aperfeiçoamento:

- Deveria ter linguagem mais acessível. (2)
- É cansativo; (1)

-
- Acreditando que é possível resolver os problemas juntamente com os profissionais e que a educação permanente torna os profissionais aptos para resolvê-los, deveria ter um espaço para as agentes exporem suas ideias; (1)
 - A capacitação é boa, mas não há a valorização do agente; (1)

Esse primeiro encontro eu não gostei, não gostei, porque foi uma coisa, que foi da uma e meia da tarde até 8h da noite, uma pessoa só falando, falando, falando, falando, falando, falando, e tu cansas de escutar. E tu não absorves nada, não teve nada de criativo, foi uma coisa assim bem chata, não aprendi nada, só me cansei, foi bem ruim. Espero que os outros sejam bem melhores. (A.C.S. 40).

Uma ACS, ao responder o que faltava para melhorar seu trabalho, fez referência à capacitação, no entanto, observou que ela não poderia ser “muito rápida”:

[...] acho que está faltando um pouquinho mais capacitação, eles pedem pra gente fazer as coisas, só que às vezes, as coisas que a gente faz, a gente quase não tem capacitação. Tipo, como o negócio... a gente teve uma palestra sobre dengue, porque eles queriam que a gente fizesse prevenção, só que é tudo muito rápido, e às vezes, a gente comenta assim, que a gente preferia que, a gente ficasse um tempo, tipo, pode ser um dia todo, uma tarde mais longa, mas que eles passassem coisas melhores pra gente se aprofundar mais, porque às vezes eles passam muito rápido, e às vezes fica difícil pra lidar com aquilo. Só isso, só isso que às vezes a gente comenta uma com a outra, capacitação, que eles precisam se aprofundar mais. (A.C.S. 24).

Duas ACS, sem emitir juízo de valor sobre os cursos, disseram que a linguagem emitida é muito difícil.

Em menor proporção houve as avaliações negativas:

- Razoável, há o aproveitamento de poucas informações, uma vez que todos participam de discussões específicas às áreas da enfermagem e medicina, sem muita diferença quanto o trabalho das ACS; (6)
- Teria que ser mais organizado; (2)
- Não muito proveitoso, por haver uma fala incessante e não focalizada no trabalho no PSF, tornando o curso cansativo; (1)
- Não foi de muita ajuda, os assuntos abordados não despertaram interesse e os assuntos mais importantes eram passados de forma rápida; (1)

Algumas falas de nossos sujeitos:

Eu acredito que os palestrantes, como nessa que eu fui no [diz o lugar], o cara era muito inteligente. Mas às vezes está mais direcionado à enfermeira, ao médico, às vezes não trazem algo que é do nosso cotidiano, assim, é meio que... não é para o agente de saúde, direcionado pra ele. Por exemplo, soube dados importantes de saúde, 1900 até agora, dados interessantes, mas não relevantes pro meu serviço de agente de saúde. Então, às vezes eu acho que o tema dessas reuniões, reuniões... dessas educações, elas deveriam ser revistas, não direcionadas só a um ou dois profissionais, não dá. (A.C.S. 66).

A gente estava fazendo. Mas, sei lá, acho que tem coisas que eles fazem, deviam fazer um para o agente comunitário no caso, só pro agente, outro porque, tem umas coisas que não têm nada a ver com nosso serviço aqui. Ah, sei lá, eles falam umas coisas que não têm nada a ver. Igual uma vez que nós fizemos, aí eles falaram de um pessoal do posto, mas uma coisa assim que não tem muito, e eles deviam fazer uma coisa mais direcionada, no caso a gente só teve um treinamento quando a gente entrou, agora eles não fizeram, acho que eles deveriam usar essa educação continuada para dar uma assistência pra nós. (A.S.C. 30).

Morosini, Corbo e Guimarães (2007), ao discutirem a trajetória de reconhecimento profissional dos ACS, apresentam o que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, no documento Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, de 2004, estabelecem como competências atribuídas aos agentes, agrupadas em três conjuntos de habilidades:

1) desenvolver ações de integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas às unidades de saúde; 2) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde; 3) desenvolver ações de promoção da saúde; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população e desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes [...] (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p.271).

Tendo em vista estas competências, será que a educação permanente oferecida às agentes as têm em conta na formulação de seus programas?

Consequências da Educação Permanente em seu trabalho

Em nossa pesquisa, podemos refletir esta noção pelo o que as agentes atribuem como consequências da educação permanente em seu trabalho. Houve 54 registros desta questão.

Majoritariamente, elas expressam que os conteúdos aprendidos melhoram sua intervenção junto às pessoas com as quais trabalham. São os seguintes seus apontamentos:

- Sempre faz diferença no trabalho; (17)
- Reforça o conhecimento, embasando o trabalho; (6)
- Ajuda nas visitas às famílias da comunidade, no sentido de preparar para questionamentos antes desconhecidos; (2)
- Ajudou, melhorou o trabalho; (2)
- Dá noção de como atuar na área da saúde; (1)
- Ensina como funciona uma equipe de trabalho e como atuar; (1)
- Ensina como agir com os pacientes; (1)
- Atualiza os conhecimentos; (1)
- Foi bom para repassar aos usuários a importância do SUS; (1)
- Informou sobre a saúde dos funcionários (o que foi considerado, por esta agente, o único aspecto proveitoso); (1)
- Esclareceu sobre diversas doenças (1);
- Diferenciou educação continuada de educação permanente; (1)
- Ainda que tenha sido útil, seria mais viável se houvesse informações sobre medicamentos, para se poder esclarecer as dúvidas dos usuários. (1)
- Melhorou o atendimento, mostrou a importância de pequenas coisas que não eram feitas; (1)
- Deu uma noção ampla sobre o trabalho, da maneira correta a realizá-lo; (1)

Algumas falas ilustrativas:

Causa bastante. No meu ver, eu acho que faz muita diferença porque tu aprendes coisas diferentes, coisas novas, te integram 100%, completamente. Na medicina, tu sabes que está vindo doença nova, todo dia estala caso diferente e tu estás por dentro sempre. Então esse curso é muito bom, isso é uma coisa muito importante nesse lado que eles estão fazendo, e está show, parabéns pra isso aí. (A.C.S. 14).

Ah, sim. Há transformação. A gente vê a mudança quando a gente trata as pessoas, quando a gente trabalha a comunidade, a família da gente, a gente vê de outro jeito,

não só na saúde, mas no tratar, no cuidar, no falar, é uma forma que a gente vai se transformando, se modificando. (A.C.S. 22).

Pra mim está, eu aprendi a ouvir as pessoas, mais do que.. eu já ouvia bastante, mas eu aprendi mais, a deixar as outras coisas de lado para ouvir aquela pessoa. (A.C.S. 48).

Mas também há agentes, em menor número, que avaliam que não há consequências:

- curso ainda está muito inicial; (7)
- Não vê consequências; (4)
- Nem sempre é possível colocar na prática o que se aponta na teoria; (2).
- Já tinham aquele conhecimento; (1)
- Não causou consequências uma vez estar mais direcionado ao trabalho de enfermagem; (1)
- No trabalho não, só pessoalmente (1)

Ilustrando:

Por enquanto ainda não [teve consequência]. Não porque, porque assim oh, tudo que eles tentaram passar pra nós, como eu te disse, foi passado muito rápido, teve uma reunião que a gente teve, foi ali no [disse o local], aí deu um temporal, não tinha microfone, nada pra falar, a gente estava num galpão, aí, de repente, tipo do nada, eles cancelaram, a gente teve que ir embora, depois voltar, tentaram continuar, mas não é a mesma coisa, sentada, debater o assunto, pra tentar entender. Eles começaram do nada, eles não tinham os aparelhos certos, deu o temporal, aí mandaram a gente embora, aí, no próximo final de semana tentaram marcar, chegamos lá, eles não falaram duas palavras, acabou e a gente foi embora. Por isso que eu acho que falta um pouquinho mais de organização, eles deveriam fazer uma coisa mais organizada, com os assuntos mais... (A.C.S. 24).

Não. Foi só uma semana, meio período. Então, no caso assim, eles atropelaram muita coisa, assim mesmo, a vacina ficou tudo apertadinha, a gente quase não aprendeu nada. (A.C.S. 30).

Pode-se dizer que estas respostas se relacionam mais ao último ponto do último item das competências do ACS apresentado acima, “desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população e desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes”. Neste sentido, note-se a quase totalidade das respostas sugerindo conteúdos técnicos, de passagem de informações aos

usuários/comunidade, caracterizando o trabalho do agente comunitário como repassador de informações. Estas agentes, quando questionadas sobre como compreendiam a dimensão educativa de seu trabalho (aspecto que não é foco deste artigo), em sua maioria, prevaleceu o termo “transmissão de informações”, mostrando uma concepção educativa pautada no ensinamento/orientação do profissional para com a população. Mas também houve alguma ênfase na troca entre os saberes, no sentido de que não apenas elas ensinam às pessoas, mas também aprendem com elas dimensões de suas vidas, assim como algumas estratégias para curar doenças e manter a saúde. Podemos dizer que a primeira perspectiva de educação em saúde pode ser compreendida pelo viés bancário de Paulo Freire, e a segunda, pelo viés problematizador/libertador do mesmo autor.

Como vimos, a PNEP entende que “a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS” (BRASIL, 2004, p.3).

Deve-se reiterar que as capacitações pontuais, na educação permanente, não esgotam o conceito/noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas devem ocorrer na dimensão em que se compreende as equipes de trabalho e a gestão do trabalho: discutir os “programas” e o sistema de saúde, as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção, os protocolos assistenciais e a clínica ampliada, criando, sempre, fluxos de análise e problematização (pensamento avançado). Pode-se/deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho (capacitações tradicionais), mas também a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. Em ambos os casos, pode-se/deve-se inserir fluxos à reflexão crítica.

Se a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde levar ao desenvolvimento da proposta da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, não se tratará de organizar um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sempre o ordenamento da formação e desenvolvimento e a educação permanente em saúde. Por isso, a “roda” locorregional sempre debaterá e buscará implementar a melhor e mais adequada ação, definindo conteúdo, forma, metodologias e responsáveis para o maior impacto de suas ações. (BRASIL, 2004, p.6).

Podemos, então, aproximar a proposta educativa problematizadora de Paulo Freire com a proposta nacional de educação dos profissionais, mesmo que este autor não tenha sido referenciado nesta política.

Para Freire (2006), a educação bancária é aquela que concebe o educador – polo do saber – como depositante de conteúdos no educando – polo da ignorância, caracterizando uma prática educativa autoritária, silenciadora do educando. A prática libertadora seria a que romperia com a polaridade educador-educando, uma vez que o professor, ao ensinar, aprende, e o aluno, ao aprender, ensina. Assim, teríamos o educador-educando e o educando-educador, unidos em uma relação em que haveria a troca de saberes, ainda que os níveis de consciência fossem diferenciados: o professor tendo desenvolvido a consciência epistemológica (a que olha a realidade e a des-vela, ou seja, consegue fazer uma leitura do mundo e de si no mundo), seria uma mediação para que o aluno, ainda munido da consciência ingênua (aquela que apenas percebe acriticamente a realidade), alcançasse a epistemológica. Assim, a educação libertadora, por levar o educando à consciência epistemológica – a partir da problematização do mundo, o que Freire chama de conscientização – seria um meio para se realizar o empoderamento, uma vez que colocaria as pessoas como sujeitos do mundo. É importante demarcar que Freire não lidou com o termo empoderamento, este é recente, mas o autor é identificado como um precursor desta noção.

Para Verdi e Caponi (2005, p.85): “Empowerment, traduzido como empoderamento, é entendido como o processo de capacitação para a aquisição de poder técnico e político por parte dos indivíduos e da comunidade”. Carvalho (2004) estabelece dois enfoques para este termo: um, o psicológico, que ressalta o sujeito como alvo das ações educativas, o que pode fazer com que se percam as necessidades de transformações no meio, das condições sociais de existência. E o outro enfoque, o *empowerment* comunitário, que tem em Paulo Freire um de seus inspiradores, implica na “disputa pelo controle de recursos e na redistribuição de poder” (CARVALHO, 2004, p.675), o que envolveria a participação, o controle dos indivíduos e comunidades, entrando em pauta a capacidade de indivíduos falarem sobre seus próprios problemas, sobre seus próprios processos.

A PNEP concebe que a educação permanente em saúde, entendida como tendo o objetivo de transformar a formação e gestão do trabalho em saúde, “não pode ser considerada questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (BRASIL, 2004, p.4). E ainda entende que

[...] as demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a

necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. (BRASIL, 2004, p.3).

Então, voltando às nossas agentes comunitárias, se evidencia a valorização dos cursos realizados por oferecerem subsídios para a transmissão de informações, não para a problematização das situações vividas, que são o contexto para as condições de saúde, entendidas como um resultado das condições econômicas, sociais, políticas e culturais de uma sociedade. Reiteramos que não realizamos a análise documental dos cursos oferecidos na educação permanente, o que seria importante para uma análise conjuntural destas vivências das agentes; assim como também não fizemos uma análise em separado dos diferentes cursos realizados por elas³. Mas, em suas falas, é permitido refletir que não há percepção de uma educação permanente que possa subsidiar uma prática educativa problematizadora delas em relação aos usuários/comunidade ou, como diz L'Abbate (1994), que insira a busca de aperfeiçoamento do profissional nas relações sociais com o usuário, o que sugere que os cursos realizados não refletem estas questões. Da mesma forma, também se pode dizer que a educação permanente oferecida não se situa no contexto do que Ceccim e Feuerwerker (2004) falam sobre o quadrilátero da formação em saúde.

Necessidade de continuar participando dos cursos

Quanto à necessidade de continuar participando da educação permanente, acompanhando a questão anterior, a grande maioria indicou esta necessidade. No total, houve 58 registros desta questão, nem todas contendo informações qualitativas. Os motivos apontados para sua continuidade foram:

- Pelas mudanças que ocorrem no sistema de saúde (atualização), como as vacinas, para maior informação sobre as doenças, e para o repasse de informações delas para os usuários/comunidade; (10)
- Para melhorar o trabalho como um todo; (3)
- Porque o ser humano é complexo, sendo necessário aperfeiçoamento de experiências e conhecimentos; (1)

³ A análise documental dos cursos oferecidos, assim como a perspectiva da educação permanente em saúde de profissionais, ministrantes dos cursos e membros da CIES é objeto de estudo de pesquisa aprovada no Edital de Ciências Humanas do CNPq, com vigência de agosto de 2010 a julho de 2012.

-
- Porque se passam informações sobre doenças e sobre o trabalho das agentes; (1)
 - É interessante aprender sobre diversas áreas, como saúde mental; (1)
 - Para conhecer os profissionais de outras unidades; (2)
 - Porque quanto maior o aprendizado, melhor se lida com o público; (1)
 - Pela troca de experiências e espaço para conversar; (1)
 - Para se estar preparado para as perguntas dos pacientes; (1)
 - Porque o ESF trabalha com prevenção, assim, é importante conhecer o funcionamento do ESF para se passar à comunidade; (1)
 - Pela agregação de novos conhecimentos para a melhoria do trabalho (1)

Algumas falas que ilustram estas respostas:

Eu acho bom ter sempre sim, porque, a cada dia a gente se depara com uma coisa nova, eu acho bom a gente estar sempre... estar sempre atualizado, pode-se dizer assim, (A.C.S. 04).

Acho bem importante, pra mim tem ajudado bastante. Principalmente nas doenças, essas coisas, porque, como não é minha área, então tudo o que eu aprendo é novo, sobre tuberculose, sobre hanseníase, sobre como lidar com as pessoas, como fazer o atendimento, tudo o que eu aprendo é... eu uso no dia a dia. (A.C.S. 32).

É por aqui assim, a gente sempre aprende alguma coisa de novo, às vezes até a gente conversando, porque se reúne todo mundo, sempre tem alguma coisa de novo que a gente escuta assim. (A.C.S. 46).

Ah, eu acho que deve ter bastante, bastante, porque às vezes assim a rotina, tu pegas aquela rotina de passar nas casas e dar “oi, como é que tu tá, tá bom deu, tá tudo bem ai, tá”, e passa direto às vezes a pessoa diz que tá tudo bem mas, na verdade, não tá tudo bem; na verdade, tu passas e vêes aquela pessoa toda manhã, isso aconteceu [há] umas duas semanas comigo, toda semana eu via aquela pessoa na cerca, “oi, bom dia, tá tudo bem com a senhora?”, “tá, tá tudo bem”, mas na verdade não tava tudo bem, até que um dia eu parei, e fiquei conversando com ela e descobri que não tava tudo bem na verdade, aí conversou um monte comigo, chorou um monte comigo, aí foi uma coisa que eu aprendi ali, parar e saber, se na verdade está tudo bem com essa pessoa, porque é automático, a gente dizer “ah, como vai, tudo bem, tudo bem”, mas é mentira. Isso eu aprendi ali, e acho que é uma coisa, bem, bem importante. (A.C.S. 48).

Ah, pra estar sempre renovando, reciclando, que toda vida muda, e às vezes a gente não está ao par das coisas. É bom estar sempre informada, sempre, e conhecer as pessoas também, que trabalham tudo numa empresa só, às vezes a gente nem conhece, aqui do [disse o local], às vezes tu nem conheces, aí lá a gente interage um com o outro, assim, é bem legal. (A.C.S. 56).

Eu acho que é muito interessante que se faça sempre, eu sou a favor que se faça, mas desde que seja direcionada, não pra um profissional só, mas direcionados pra todos, ou então em nível de equipe mesmo, que se faça entre as equipes; eu sou a favor assim da educação permanente, ou continuada, agora, deveria saber a diferença, agora não sei, mas eu sou a favor sim. Eu acho que a educação é importante, sempre tem alguma coisa pra tu aprenderes, como foi o caso da nossa no [disse o local], por mais que no meu cotidiano não tenha contribuído, eu aprendi coisas que eu não sabia, tudo bem que eu não vou poder usar na casa da pessoa, mas eu aprendi, e isso é importante sim, que bom se eu pudesse utilizar no cotidiano, seria melhor ainda. (A.C.S. 66).

Com certeza, com tudo tu sempre aprendes mais, tu fazes, tu consegues ter novos conhecimentos. Como eu te falei, na área da saúde não pode parar, tem que sempre continuar, e tudo que foi falado, sempre tem uma coisinha, que “ah, eu não sabia disso, não sabia daquilo”, e os pacientes sempre esperam mais, porque fazem muita pergunta, chega pra ele “ah, tá bem – tá tudo bem” não, aparece uma dor, aparece isso ou aquilo, eles já querem falar, já querem uma resposta, já querem que tu faças um pouquinho mais; então, com certeza, tu aprendes sempre, e é assim mesmo. (A.C.S. 70)

Em menor número, se aponta que não há necessidade:

- Não há necessidade; (2)
- Só seria necessário se fosse voltado exclusivamente ao trabalho das agentes e se houvesse menor complexidade nos conteúdos e menos repetições de ideias. (1)
- Não é necessário, pois como o salário que é pago, não é necessário desenvolver muito (1)

Novamente, percebe-se a ênfase nos aspectos técnicos da “informação recebida”, distanciando-se do sentido abrangente de se problematizar a educação em saúde. Resgatando o sentido de Carvalho (2004) para a noção de promoção à saúde, alinhado à importância e ao sentido da educação permanente, podemos dizer que ambas vão em uma mesma direção quando se pensa o serviço público de saúde e o SUS...

[...] a necessidade de superarmos as raízes estruturais da iniquidade na saúde, o que passa, necessariamente, por dar respostas aos desafios de: a) garantir o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade; b) produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e c) contribuir para a democratização do poder político (CARVALHO, 2004, p.677).

Vasconcelos (2001) aponta para a necessidade, no caminho da aproximação da saúde com a educação popular, de atuação na formação dos profissionais de saúde

[...] numa perspectiva diferente da que, habitualmente, vem sendo implementada, que encara o profissional como ser alienado e ignorante que deve ser treinado e conscientizado. Assim como o método da Educação Popular reorienta a relação entre o profissional e a população, ressaltando as suas iniciativas e o seu processo de busca de melhorias, é preciso reorientar as estratégias de formação do profissional, fazendo-as partir de suas angústias, de sua experiência prévia e de sua vontade de superação das dificuldades. É preciso construir uma tradição de formação de recursos humanos em saúde orientada pela Educação Popular (VASCONCELOS, 2001, p. 18-19).

Vasconcelos destaca a necessidade de uma formação em saúde partir das necessidades dos profissionais. Ceccim e Feuerwerker (2004), como vimos, alertam para que a formação dos profissionais expresse as necessidades da população, e dissemine os saberes produzidos no espaço dos serviços de saúde, nos movimentos sociais e nas práticas populares. Defendendo o quadrilátero na formação em saúde, formado, como vimos, por ensino, gestão, atenção e controle social, estes últimos autores colocam:

Quando um município se compromete com a educação, temos novidade de Estado; quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde, temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições formadoras, temos uma novidade de Estado; quando a formação reúne educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 56).

Estas novidades de Estado começaram, pode-se dizer, no âmbito do estabelecimento do SUS. Para David (2001),

a descentralização administrativa e o estímulo à participação popular, pressupostos de organização do SUS, vieram pôr em pauta questões como a divisão do poder decisório e a possibilidade de a população interferir no processo de implementação e manutenção do sistema de saúde. (DAVID, 2001, p. 224-225).

Neste contexto iniciado pelo SUS se situa a discussão sobre a figura dos agentes comunitários de saúde. Uma primeira questão que David (2001) coloca como conflito vivido em sua experiência, na cidade de Petrópolis (RJ), foi o entendimento, por parte dos enfermeiros, de que os agentes comunitários deveriam passar por uma formação formal em auxiliar de enfermagem, uma vez que desenvolviam algumas técnicas que eram prerrogativas da ação dos enfermeiros. Este fato evidenciou uma contradição, uma vez que ficou constatada a não correspondência entre formação em auxiliar de enfermagem e “melhores” agentes – compreendidos com aqueles “mais queridos pela comunidade, os mais procurados, os que melhor conheciam seu ambiente e os que efetivamente procuravam resolver os problemas e buscar transformações na sua realidade” (DAVID, 2001, p. 225).

Outro conflito foi a histórica relação de desigualdade entre o saber científico e o saber popular na área da saúde, com as relações estabelecidas entre os profissionais da saúde com a população. Assim, os demais profissionais tinham dificuldade em aceitar a ação dos agentes comunitários, dirigidas a favor das formas populares de enfrentamento e resolução dos problemas de saúde, que incluíam, por exemplo, o uso de plantas medicinais e rezas.

David (2001) constrói uma trajetória do surgimento e desenvolvimento dos agentes comunitários no Brasil. Localiza-o na década de 1970, no bojo das discussões da igreja sobre as desigualdades sociais e a ditadura militar, com ênfase na Teoria da Libertação de Leonardo Boff, quando vai se gestando a necessidade de se criar um sistema de saúde inclusivo e participativo, o que gerará o SUS na Constituição Federal de 1988. Naquele contexto, o agente comunitário era visto como uma pessoa atrelada a estes movimentos religiosos, imbuído da tarefa de trabalhar em quais fossem as necessidades da comunidade, focalizadas pela reivindicação por melhores condições de vida e pela participação democrática das camadas populares no Estado. Nos anos 1990 outras preocupações entram no cenário, agora vinculadas na legitimidade do agente comunitário na equipe de saúde, na relação entre os profissionais, com foco na detenção do saber. É o contexto do banimento da Teoria da Libertação e do afastamento da Igreja dos movimentos sociais. O agente social passa a ser visto como um trabalhador em saúde, que precisa da legitimidade no setor em que trabalha. Assim, mudando-se o eixo da luta, muda-se os objetivos do trabalho educativo de formação do agente. Da mesma forma, o termo Atenção Primária em Saúde, que originariamente tinha o significado de reorganização e transformação do modelo assistencial, passa a ser substituído por Atenção Básica, como sinônimo de nível primário de atenção, canalizados pelos postos, centros de saúde e ambulatorios, e também pelas equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Como visto, foi no início dos anos 1990 que surgiu a ideia de implementação de um programa de agentes de saúde no país, inclusive com a mobilização de entidade de representação dos agentes em favor de sua regularização profissional. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) se expandiu no Brasil na segunda metade dos anos 1990. Segundo a autora,

ao apontar para a possibilidade de incentivo financeiro para implementação e incorporação ao repasse fundo a fundo para os municípios, o Ministério da Saúde torna o Pacs altamente desejável para os governos municipais. A incorporação deste incentivo ao Piso da Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica do SUS de 96 serviu de forte estímulo para os municípios buscarem a implementação do Pacs (DAVID, 2001, p.228).

Com este interesse financeiro a autora vai localizar a mudança, em alguns casos, de profissionais da saúde, notadamente enfermeiros, em aceitar a ação do agente comunitário, antes combatida, e também o próprio PACS, como uma “nova proposta”, negando todo o trabalho anterior da Igreja, de onde o agente comunitário surgiu. Mas é o ponto da legitimidade científica que a autora destaca como principal, a qual chama de institucionalização domesticadora: ela defende que o PACS

[...] foi uma maneira de negar a forma mais livre e espontânea como as agentes vinham se conduzindo em suas comunidades, utilizando-se de práticas e procedimentos não reconhecidos pela biomedicina como eficazes, mas que, a nosso ver, possuem significado e oferecem sentido à vida sofrida das classes populares, e são capazes de interferir positivamente nos processos de adoecimento. Acreditamos que a visão do poder público – no caso, gestor e profissionais de saúde – foi reconhecer que, uma vez que não foi possível ao longo dos anos extinguir essa forma de trabalho popular em saúde, era preciso torná-la adequada aos interesses em jogo. (DAVID, 2001, p. 228-229).

Neste sentido, as agentes comunitárias foram cerceadas em sua liberdade, proibidas de fazer o que vinham fazendo. Entretanto, a autora destaca que isto não significa que não haja a “desobediência” a este estabelecimento, no sentido de buscarem brechas para continuarem a fazer o que faziam, dentro das significações da comunidade.

A autora avalia que o PACS, ainda que contenha elementos em direção à promoção da saúde, preserva a centralidade na figura do médico, do enfermeiro e dos serviços. Destaca que o mecanismo de repasse dos recursos com base na cobertura, calcado na produção individual da agente, sobretudo nas visitas domiciliares (elas precisam realizar mensalmente as visitas a todas as famílias de sua área de cobertura), pode estar gerando competitividade entre elas, “como se a

competência do seu trabalho pudesse ser expressa em número de visitas ou cadastramentos” (DAVID, 2001, p.233). Ao contrário do que pretende o Ministério da Saúde com o PACS e o PSF (atual ESF), de se constituírem em cenários alternativos ao modelo “hospitalocêntrico” e medicalizante (e para isto é positiva a concepção de que é a família e a comunidade a unidade de análise dos problemas de saúde e seus determinantes), a relação dos profissionais com os agentes comunitários e com as classes populares se direciona em um viés contrário, uma vez que esta relação ainda é marcada pelo messianismo e pelo autoritarismo (DAVID, 2001).

Morosini, Corbo e Guimarães (2007), ao problematizarem as políticas públicas de profissionalização e de formação do ACS, avaliam que a não necessidade de escolarização - anteriormente ao estabelecimento da necessidade de ensino fundamental completo e de um curso de qualificação básica, que pode ser realizado em serviço -,

[...] denota a desvalorização da dimensão conceitual de sua qualificação, o que fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta a sua baixa remuneração e contrapõe-se à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 267).

Ainda citam - embasados em Bornstein⁴ – o desvio de função dos ACS como outra perspectiva para se entender a desvalorização de seu trabalho. O ACS desviaria sua função de educativa para burocrática, o que representaria a desvalorização de sua função original, educativa. Os autores acrescentam sua compreensão de que

[...] o desvio de função denota a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007, p. 267).

Ao refletirem sobre o processo de trabalho do ACS, Ferreira et al. (2009) concluem que seu trabalho é inserido na lógica do modelo hegemônico estruturado nos núcleos especializados do saber profissional, embasados nas doenças; mas, por outro lado, assume formas criativas na relação com as famílias, sem que, no entanto, sua ação tenha força para mudar a lógica da unidade e do serviço de saúde, por uma questão hierárquica.

O jogo de disputa na equipe de saúde da família é expressão dos micropoderes que permeiam as relações de trabalho, ligados, sobretudo, à hierarquização do saber que se coloca entre os ACS, a equipe legitimada pelos níveis de gestão da secretaria de

⁴ A obra de Vera Joana Bornstein referenciada por Morosini, Corbo e Guimarães é: “O agente comunitário de saúde na mediação de saberes”. 2007. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp)/Fiocruz, Rio de Janeiro.

saúde. Essas relações intequipe se referem à divisão técnica do trabalho em primeira instância, e também à divisão social, que fragmenta, aliena, subordina a produção do trabalhador manual ao do trabalhador intelectual restringindo a sua participação nos processos decisórios. É como se, no imaginário dos outros profissionais da equipe, o ACS representasse o lugar do trabalhador manual, aquele que não detém um núcleo especializado de saber, e um núcleo profissional específico. E por isto mesmo os outros trabalhadores o colocam em um plano em que o seu trabalho tem menor valorização em relação aos outros. Os ACS entrevistados referem que eles são vistos pelos outros trabalhadores e pela gestão, mais como um “trabalhador manual”, como se não detivessem um campo de saber e capacidade cognitiva de operar com o cuidado em saúde. (FERREIRA et al, 2009, p. 902).

Em nossa pesquisa, mais ampla do que o eixo de educação permanente discutido neste texto, também se procurou caracterizar o trabalho das ACS por elas mesmas. E se confirma este desvirtuamento de suas funções, concretizado na grande importância dada aos agendamentos de consulta – que elas devem fazer-, ou mesmo no desabafo de uma agente ao dizer que elas são vistas como “garotas de recados”.

Nascimento e Correa (2008) socializam uma experiência de educação permanente com ACS de Campinas/SP, município cujo Movimento Popular de Saúde se opôs, em 1998, à implantação do PACS, sendo que um dos motivos foi a defesa de que a expansão de recursos humanos deveria se dar pela contratação de profissionais de saúde qualificados, e não de ACS. Assim, o município criou o PSF-Paidéia, e um de seus diferenciais foi a inserção do chamado agente comunitário de saúde profissional, que deveria ser capacitado junto às equipes de referência. Procedeu-se, então, a uma experiência de capacitação no município, juntamente às universidades locais.

O grande desafio foi preparar os agentes comunitários de saúde de maneira que atendesse às diretrizes do PSF-Paidéia de forma abrangente e organizada, adotando uma ação educativa crítica, capaz de referenciar-se nas práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de sua função. (NASCIMENTO; CORREA, 2008, p. 1306).

Para chegar a este fim, os autores dizem que a formação se pautou na pedagogia de Paulo Freire e concluem que a mesma logrou chegar a seus objetivos.

Por fim, Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 268) apontam para a “necessidade de articulação estreita entre as políticas de formação e de gestão do trabalho”. Neste sentido, alertam para a necessidade de que as instituições de ensino se comprometam com a formação permanente

do profissional. Atribuem importância de se conceber os serviços de saúde como espaços formativos, mas não se abrindo mão de espaços formativos visando à profissionalização técnica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reiteramos nossa convicção de que a educação inicial e permanente em saúde, pautada no quadrilátero da formação, seria um elemento possibilitador de mudanças na prática dos profissionais de saúde. Em relação específica aos ACS, esta formação tem ganho importância, como demonstram Morosini, Corbo e Guimarães (2007) e como se pode refletir a partir da experiência relatada por Nascimento e Correa (2008) e da reflexão de Ferreira et al. (2009) sobre seu processo de trabalho. Uma formação que possa interligar instituições formadoras, gestores, profissionais e usuários, todos tendo como foco a concretização do SUS, é um elemento importante para o alcance de mudanças nas práticas de saúde, porém, não suficiente. É necessário que se pense as condições de trabalho presentes nas unidades de saúde; a concepção de educação que permeia a inteligibilidade dos profissionais; as relações de poder presentes nas equipes de saúde. Enfim, é necessário se pensar nas condições objetivas e subjetivas para que a ESF se configure como uma possibilitadora do SUS, voltada para a promoção da saúde e não ao modelo curativo biologicista que, historicamente, possibilitou uma prática sanitária (precursora da hoje chamada prática educativa em saúde) verticalizada do profissional – detentor do saber – para com a população – considerada ignorante. Neste conjunto, a figura do ACS tem sua especificidade por advir da própria comunidade, por somente recentemente ser alvo de alguma especialização para desempenhar sua função e também desponta como aquele que está na base da hierarquia das equipes de saúde. Pensar uma educação permanente para este profissional, que forneça elementos para que ele possa realizar uma prática educativa problematizadora, centrada no empoderamento, requer pensar em sua própria situação, e, por que não dizer, requer pensar uma educação permanente que primeiramente trabalhe seu próprio empoderamento. Não que este não seja necessário a todos os profissionais da equipe de saúde, mas, sem dúvida, o ACS situa-se na base desta pirâmide.

Assim, é necessário problematizar a educação permanente dos profissionais de saúde na busca por uma educação em saúde baseada no empoderamento da população, o que primeiro passaria pelo empoderamento dos próprios profissionais de saúde, dentre eles os agentes comunitários, que devem se sentir sujeitos de seu próprio processo educativo. Cabe a continuidade e o aprofundamento de pesquisas em relação aos conteúdos e metodologias do que se caracteriza, hoje, por educação permanente em saúde, entendendo que todo ato educativo é, em si, político, como ressalta Paulo Freire no conjunto de sua vasta obra. Sendo política, cabe perguntarmos: que

tipo de relações queremos estabelecidas entre profissionais e usuários/comunidade? Que tipo de sujeitos queremos formar? Que tipo de ações no mundo desejamos? Então, que tipo de educação permanente de profissionais de saúde necessitamos para chegar às respostas destas perguntas? A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dá uma direção. Direção esta que, parece, requer muitos esforços para se concretizar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em (24/05/12).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. Portal da Saúde do Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para os Trabalhadores do SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=2. Acesso em (19/06/12).

_____. Portaria 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.669-678, 2004.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* [on-line], v.14, n.1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em (25/11/09).

DAVID, H.M.S.L. Do povo de Deus à institucionalização domesticadora: mudanças e passagens em duas décadas de educação popular com agentes comunitárias de saúde. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 217-235.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.4, p.898-906, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/21.pdf>. Acesso em (23/07/12).

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 43.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

GOMES, Romeu. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, C, S Maria (Org.) 22. ed. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis - RJ: Vozes, 2003. P. 67-80.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública* [on-line], v.10, n.4, pp. 481-490, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a08.pdf>. Acesso em (12/08/09).

MOROSINI, M.V.; CORBO, A.D.; GUIMARÃES, C.C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas pra a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.5, n.2, pp.261-280, 2007. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/include/mostrarpdf.cfm?Num=170>. Acesso em (29/07/10).

NASCIMENTO, E. P. L e CORREA, C. R. da S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n.6, p.1304-1313, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/11.pdf>. Acesso em (23/07/12).

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da Educação Popular nos serviços de saúde. In: _____ (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.11-19.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.14, n.1, p.82-88, 2005.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Formação:

Função:

Tempo de trabalho total: e local:

- 1) Como é o seu trabalho no PSF;
- 2) Fez ou faz educação continuada; por que;
- 3) Se sim a questão anterior, como a avalia(ou);
- 4) O conteúdo apreendido causou consequências em seu trabalho; explicar;
- 5) Sente necessidade de ter acesso à educação continuada; por que;
- 6) Como deve funcionar o PSF;
- 7) Como avalia o trabalho do PSF;
- 8) Como entende saúde;
- 9) Como entende doença;
- 10) Compreende o seu trabalho no PSF como educativo? Por que?
- 11) Qual o papel dos usuários / comunidade no processo saúde/doença;
- 12) Nos serviços de saúde, qual o papel dos profissionais e qual o papel dos usuários;
- 13) De quem é a responsabilidade da gestão dos serviços de saúde.

RESUMO

Este artigo traz reflexões sobre a compreensão de agentes comunitários de saúde acerca de sua educação permanente. Pauta-se em uma pesquisa empírica com 70 agentes comunitários das 26 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Criciúma. Compreende-se que a educação permanente pode ser mediação para a prática de uma educação em saúde libertadora, pautada na noção de empoderamento. A formação em saúde tem sido situada em um quadrilátero: ensino, gestão, atenção e controle social. Nele, a presença dos diferentes sujeitos e instituições sociais indica a orientação para as diretrizes e pressupostos do Sistema Único de Saúde e da ESF. No entanto, constata-se que a educação permanente oferecida está pautada em transmissão de informações técnicas, não sendo mediação para o empoderamento.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Empoderamento.

LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD Y SU RELACIÓN CON EL APODERAMIENTO: REFLEXIONES DESDE LAS AGENTES COMUNITARIAS DE SALUD

RESUMEN

Este artículo aporta reflexiones sobre la comprensión de los Agentes Comunitarios de Salud para su educación permanente. Parte de una investigación empírica con 70 agentes comunitarios de los 26 equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) de Criciúma. Se comprende que la educación permanente puede ser mediación para la práctica de una educación en salud libertadora, centrada en la noción de apoderamiento. La formación en salud ha sido ubicada en un cuadrilátero: enseñanza, gestión, atención y control social. En este, la presencia de distintos sujetos e instituciones sociales indica la orientación para las directrices y principios del Sistema Único de Salud y de la ESF. Sin embargo, se constata que la educación permanente ofrecida tiene como base la transmisión de informaciones técnicas, no mediando para el apoderamiento.

Palabras-clave: Educación Permanente en Salud. Agentes Comunitarios de Salud. Apoderamiento.