

SUBJETIVIDADE E DIÁLOGO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS EM EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dialogue and subjectivity in health education: community agents` practices in a family health team

Maria Beatriz Pragana Dantas¹, Maria Rejane Ferreira da Silva², Kátia Virgínia de Oliveira Feliciano³

RESUMO

Este artigo tem como proposta refletir sobre as concepções e as práticas de educação em saúde de agentes comunitários (ACS) em uma unidade da estratégia saúde da família (ESF) no município de João Pessoa, no que diz respeito ao diálogo e à (inter)subjetividade. A proposta da promoção da saúde e da ESF, em sua perspectiva transformadora, remete a práticas educativas dialógicas baseadas na construção compartilhada do conhecimento, no respeito ao saber popular e na construção de alternativas de transformação das condições de vida e saúde da população. Realizou-se pesquisa avaliativa, utilizando metodologia qualitativa, mediante entrevista semiestruturada e observação do trabalho de uma equipe de saúde da família, de novembro de 2008 a março de 2009. As concepções de educação e saúde presentes nas falas das ACS apontam para conceitos e práticas que combinam características do modelo tradicional com a construção de relações com os usuários em que se identifica abertura ao outro e aos seus contextos de vida. A valorização do vínculo e da confiança como elementos essenciais ao trabalho educativo permite supor, no que diz respeito às disposições subjetivas das ACS, uma abertura à realização de práticas dialógicas e participativas. O contexto institucional mostrou-se limitante a essas perspectivas, indicando a necessidade de mudanças na organização do trabalho e no modelo assistencial de modo a constituir uma maior permeabilidade às demandas da população e condições para a realização de ações educativas baseadas no diálogo livre de coerções e no reconhecimento do outro como interlocutor legítimo.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

This paper proposes a reflection upon concepts and practices of health education of community health agents (CHA) in a primary care unit (PCU) in the city of João Pessoa, regarding dialogue and (inter)subjectivity. The proposed health promotion and family health strategy in its transforming perspective, refers to dialogical educational practices based on shared knowledge construction, the respectfulness of popular knowledge and the construction of processing alternatives in living conditions and population health. The assessment research used a qualitative methodology, through interviews and observation of the work of a family health team, and was carried out from November 2008 to March 2009. The conceptions of education and health present in the statements of the CHA point to concepts and practices that combine features of the traditional model of openness to inter-subjective dimensions and context of life, in which the interactions with users occur. The value of the bond and trust as essential to the educational work suggest, regarding the subjective dispositions of the CHA, an openness to the implementation of dialogic and participative practices. The institutional context appeared to be restrictive to these perspectives, indicating the need for changes in work organization and health care model, in order to provide greater permeability to the demands of the population and conditions for educational activities based on a dialogue free from coercion, and on the recognition of the other as a legitimate interlocutor.

KEY WORDS: Health education; Family Health; Primary Health Care; Health Communication.

¹ Maria Beatriz Pragana Dantas, Doutoranda do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ. Docente do Depto. de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba. Médica. Mestre em Saúde Pública U. Chile. E-mail: biapragana@ig.com.br

² Maria Rejane Ferreira da Silva, Docente da Universidade de Pernambuco e colaboradora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CpqAM/FIOCRUZ. Doutora em Saúde Pública/Universidad Autónoma de Barcelona.

³ Kátia Virgínia de Oliveira Feliciano, Docente e pesquisadora do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), doutora em Medicina Preventiva / Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

Historicamente, a educação em saúde tem se construído no contexto do desenvolvimento do campo da saúde coletiva enquanto prática de saúde na Medicina Social, na Saúde Pública, na Medicina Preventiva e, mais recentemente, encontra-se referendada na proposta da promoção da saúde.

A expressão “promoção da saúde”, em sua primeira utilização por Sigerist, em 1945, referia-se ao fomento de condições decentes de vida, condições boas de trabalho, educação e descanso. Tal noção adquiriu um sentido restrito quando Lalonde, em 1974, deslocou o seu foco para as ações voltadas à substituição de hábitos associados a uma maior probabilidade de adoecimento, por estilos de vida mais saudáveis^{1:103}.

Stotz², baseando-se na classificação de Tones, chama esse enfoque da educação em saúde de *preventivo*, caracterizado por lidar com os fatores de risco comportamentais, portanto, com a etiologia das doenças, segundo o “*modelo médico*”. Nele prepondera o caráter prescritivo e unilateral nas práticas de comunicação entre médicos e pacientes, ou entre os distintos integrantes das equipes de saúde e os usuários, o que reduz a educação em saúde, ao pressuposto de uma falta ou atraso a ser superado^{3,4} através do acesso ao conhecimento.

O modelo de educação em saúde nesta perspectiva entende a prevenção como uma questão restrita ao controle racional. Desconsidera a dimensão subjetiva e o contexto sociocultural onde se configura o efetivo espaço para a transformação dos pressupostos e das práticas de saúde, a partir de processos de negociação dos interesses conflitantes, idealmente não coercitivos. Logo, minimiza a importância da rede de interações da vida cotidiana que traduz a aceitação intersubjetiva de pretensões de validade relativas aos modos de viver e construir a saúde, permitindo reconhecer, ou não, algo como verdadeiro, correto, adequado e/ou autêntico.⁵

Perspectiva mais abrangente resulta, em 1986, da Carta de Ottawa^{6:19}, quando o termo promoção da saúde é oficializado pela OMS, passando a ser definido como “*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” no qual a educação em saúde se coloca enquanto atividade essencial ao cuidado da saúde das populações. A partir de então, qualifica-se a discussão de um conceito ampliado de saúde, o que remete às mediações com outros setores e à participação da comunidade - grupos e indivíduos - a qual passaria a assumir a responsabilidade pela manutenção da saúde, por meio de escolhas saudáveis.

A operacionalização da proposta da promoção da saúde no Brasil, no setor saúde, se dá a partir dos anos 90, no contexto da expansão da atenção básica, particularmente por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), destinada à reorientação do modelo assistencial, tendo como referência os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, equidade e integralidade. A política de Atenção Básica à Saúde é redefinida, em 2006, como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”^{7:12}. No capítulo referente às características do processo de trabalho das equipes prevê:

o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida; no desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e no apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.^{7:20}

Da mesma forma, a educação em saúde é afirmada na proposta de

valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; e promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.^{7:28}

Identifica-se, portanto, no discurso institucional, a importância atribuída à aproximação aos valores, crenças, visões de mundo das pessoas e das famílias, tendo em vista a satisfação de suas necessidades de saúde, mediante a valorização de formas participativas de relação educativa entre os serviços de saúde e os usuários. Isso requer dos membros da equipe uma atitude comunicativa voltada para o fortalecimento dos vínculos de cooperação, o que torna essencial o desenvolvimento de uma prática dialógica entre todos aqueles que, de algum modo, estão comprometidos com a melhoria das condições de saúde da população.

No desenvolvimento da política de atenção básica, ao agente comunitário de saúde (ACS) historicamente é atribuído o papel central na articulação entre serviço e população. A partir de experiências bem sucedidas, como o caso do Ceará, o Ministério da Saúde inicia, em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) - depois chamado PACS, Programa de Agentes

Comunitários de Saúde -, com vistas a ampliar o acesso de populações mais vulneráveis ao SUS, inicialmente na região Nordeste e em parte da região Norte do país, por meio de ações educativas voltadas para as crianças, gestantes e o ambiente.^{8:77} Posteriormente, com a implantação da ESF em 1994 - na época Programa de Saúde da Família (PSF) -, esse profissional passa a fazer parte das equipes multiprofissionais⁹, mantendo a função de constituir-se em elo entre a comunidade e o serviço de saúde.^{7:20,10:9}

O ACS funciona como elo de ligação entre a equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.^{10:17}

Silva e Dalmaso^{8:77} identificam, na atuação do agente, dois componentes principais: um técnico, relacionado ao conjunto de intervenções curativas e preventivas realizadas nos domicílios da microárea que fica sob sua responsabilidade e junto à unidade para acolhimento, registro de dados, programação e supervisão de suas atividades; e outro político, contemplando duas perspectivas complementares, a mediação da discussão com a comunidade sobre os problemas de saúde e as alternativas para solucioná-los, e da organização comunitária para a cidadania e a transformação social.

Para desempenhar esse papel de ligação entre as concepções e os modos de agir institucional e comunitário, o ACS necessita exercer um contínuo ir e vir entre a racionalidade técnica e a racionalidade prática. A racionalidade técnica está apoiada em argumentos e informações voltadas para a afirmação da eficácia de intervenções, comportando a pretensão de que os meios escolhidos são os mais adequados para os fins propostos. A racionalidade prática se fundamenta nas experiências vividas e nas opiniões e valores que circulam nas redes informais de comunicação. Desta perspectiva, a escolha dos agentes comunitários entre os residentes dos próprios bairros de atuação da equipe de saúde da família, parte do pressuposto de que o compartilhamento de significados e do uso da linguagem cotidiana da população facilitaria a realização das mediações entre o saber técnico-científico e o popular.

O perfil desses profissionais, portanto, compreende a prática cotidiana de atividades educativas nos encontros propiciados pelo processo de trabalho junto aos moradores da sua microárea de atuação. Diálogo e vínculo de confian-

ça com os usuários estão fortemente associados¹¹, sendo essenciais para o desenvolvimento de habilidades pessoais na proteção da saúde, a articulação dos recursos disponíveis na comunidade e a identificação das necessidades de saúde cuja satisfação compete a outros setores¹. Em suma, para concretizar o compromisso com a transformação das condições de vida e saúde da população adscrita. Assim, desde o início, na formação do agente é dada importância aos componentes técnicos, relacionais e políticos das ações de saúde.^{8:78}

No entanto, segundo Albuquerque e Stotz^{12:6}, a existência de uma proposta institucional que aponta para ações de educação em saúde orientadas pela perspectiva do diálogo, não parece garantir a superação de modelos tradicionais caracterizados pela verticalidade, pelo uso da persuasão e orientado para as doenças.^{13:465} Utilizando-se de “traduções” da linguagem técnica aos termos populares, desconhecem as dimensões subjetivas que orientam a construção de conhecimentos e a sua natureza compartilhada, as quais podem impulsionar a efetiva transformação das condições de vida e saúde da população.

Bornstein e Stotz^{13:477} assinalam a necessidade de se reforçar a *mediação transformadora* e a permeabilidade dos serviços às necessidades e demandas da população, tendo como perspectiva a mudança do modelo assistencial, e a educação popular como eixo estruturante das práticas de saúde. Vasconcelos¹⁴ e Albuquerque¹⁵ afirmam o papel da educação popular como prática integradora das ações de saúde na perspectiva da mudança do modelo assistencial, propiciando novos modos de se realizar a ponte entre os serviços de saúde e a população.

O desafio da educação em saúde dialógica pressupõe mudança efetiva na atitude dos profissionais. Ao mesmo tempo, requer condições institucionais que favoreçam a compreensão pelos profissionais do caráter intersubjetivo de ideias e práticas acerca da saúde e qualidade de vida, bem como o desenvolvimento de uma comunicação na qual haja interesse genuíno pelos sentidos e sentimentos mobilizados nas vivências de usuários e não-usuários. Implica, além do aprendizado de habilidades técnicas e comunicativas, na transformação de valores, crenças, visões de mundo e disposições subjetivas por parte dos profissionais, sem desconhecer o contexto em que as mesmas se dão.

Torna-se, portanto, relevante avaliar como a proposta de um modelo dialógico para a educação em saúde se traduz no cotidiano dos serviços. Neste artigo, partindo de uma pesquisa realizada com a finalidade de conhecer os pressupostos de comunicação que norteiam a educação em saúde em uma equipe de saúde da família, será realizada

uma análise das concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde concernentes à dimensão educativa do seu trabalho, devido à especificidade e relevância do papel a ser desempenhado por esse integrante da equipe.

METODOLOGIA

Como já visto, o modelo de comunicação implícito no discurso institucional para as práticas educativas em saúde é o dialógico. A abordagem do diálogo, neste trabalho, tomou como referência a teoria da ação comunicativa de Jurgen Habermas e a educação popular de Paulo Freire tendo em vista a dimensão comunicacional das práticas de educação em saúde.

Jurgen Habermas⁵ fundamenta a sua teoria da ação comunicativa na proposição de uma prática comunicativa voltada ao entendimento, sem coerções. Identifica dois tipos de comunicação: a comunicação cotidiana que se alimenta das fontes daquilo que sempre foi familiar, caracterizando-se como um consenso fático, e o discurso construído com base no diálogo, na argumentação realizada por sujeitos ao se posicionarem diante de pretensões de validade que podem ser problematizadas, no tocante ao potencial de verdade, correção e autenticidade, visando um acordo verdadeiramente racional.

Ao invés da aceitação passiva, o entendimento pressupõe a existência de indivíduos em interação e o reconhecimento do outro como interlocutor legítimo. Para Habermas⁵, portanto, a comunicação que visa ao entendimento é necessariamente intersubjetiva. Mesmo que a comunicação tenha finalidades *a priori* a serem alcançadas, elas devem ser reconhecidas como válidas pelos participantes por meio do discurso argumentativo. Não se trata de persuadir o outro acerca da eficácia de intervenções sobre o mundo, mas de *entender-se sobre algo* mediante a força esclarecedora de convicções racionalmente motivadas.

A partir dessa proposição, dentre o que denomina como os três interesses condutores do conhecimento, o interesse emancipatório passa a desempenhar um papel essencial na perspectiva habermasiana. De acordo com esta, o interesse técnico visa o sucesso que se alcança pelo controle sobre a natureza. O interesse prático busca a libertação frente às tradições culturais. O interesse emancipatório dirige-se contra as distorções da comunicação humana, evidenciando os elementos implícitos de coação e dominação, de tal modo que a tomada de decisão passa a ser proporcionada pela discussão baseada no diálogo e na argumentação.¹⁶

A ideia de interesse emancipatório, levada para a educação em saúde, aponta para outro modo de articulação

entre o saber e poder técnico e o saber e querer prático, com base em uma racionalidade comunicativa que reconhece a diversidade de perspectivas presentes no conjunto das experiências humanas. A proposta habermasiana não fornece orientações para o desempenho de tarefas práticas, pois não é informativa.¹⁶ No entanto, ao idealizar uma situação de fala livre de coerções - onde todos têm possibilidades iguais de participar -, caracteriza os atos de fala em constataativos, regulativos e expressivos, fornecendo, assim, critérios para distinguir o entendimento dos consensos ingênuos.

A pedagogia freireana avança no sentido de proporcionar os elementos para o desempenho de práticas de educação, instruindo o agir pedagógico na ética do respeito ao outro, por meio do diálogo e do reconhecimento de sua dimensão intersubjetiva¹⁷. Para Freire, o diálogo *“se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens”*^{17:79}, e representa a possibilidade de encontro entre sujeitos e seus projetos, desejos e sonhos.

Seu método baseia-se no resgate de saberes e práticas da população, na problematização da realidade, na identificação de estruturas de opressão e na construção de alternativas de transformação, superando o modelo vertical da pedagogia tradicional. *“Na Educação Popular, não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, se o processo de discussão se mantém vertical”*.^{18:16}

Do ponto de vista da racionalidade da comunicação, segundo a perspectiva dialógica, propõe uma ética de respeito à autonomia e à liberdade do outro, contrapondo-se à persuasão, compreendida como uma prática de subordinação e negação do educando enquanto indivíduo dotado de um saber prévio. Proporciona, portanto, as condições para o exercício da argumentação e a liberdade do educando de submeter o saber que lhe é entregue, as normas e comportamentos que lhe são prescritos, a questionamentos emanados de uma razão outra, distinta da do educador.

A relação com o conhecimento é crítica, uma vez que ultrapassa o interesse de um sucesso fundamentado na técnica, possibilitando a constituição de sujeitos capazes de argumentar e construir livremente suas escolhas e reconhecendo-se como seres de transformação do mundo. Remete, assim, a uma perspectiva emancipatória em que o diálogo é uma prática baseada na liberdade. Há de se considerar, todavia, que a escolha e a liberdade não podem ser pensadas apenas como atividades individuais, pois o outro é o mediador entre nós e o mundo.^{16,17}

Para Habermas e Freire, o diálogo remete ao resgate da intersubjetividade da construção humana dos distintos modos de vida como parte de projetos compartilhados de sociedade. Logo, o diálogo e a intersubjetividade pos-

sibilitam uma reflexão crítica que poderá contribuir para qualificar as práticas educativas em saúde em relação a sua potencialidade transformadora. Aspecto essencial às propostas emancipadoras da promoção da saúde e aos objetivos de mudança do modelo assistencial que inspiram a política de atenção básica à saúde.

Foi realizada uma pesquisa avaliativa que utilizou a abordagem de estudo de caso com metodologia qualitativa, em uma unidade de saúde da família, localizada em área de precário nível socioeconômico no município de João Pessoa-PB.¹⁹ Apesar de limitar as possibilidades de generalização, a observação de uma única equipe de saúde permitiu o aprofundamento em relação à caracterização do cotidiano da unidade no que diz respeito às ações educativas.

A unidade conta com equipe formada por médica, enfermeira, cirurgiã-dentista, auxiliar de odontologia, auxiliar de enfermagem - que, durante a realização do estudo, acumulava a função de atendente na recepção -, cinco agentes comunitárias de saúde, vigilante e auxiliar de serviços gerais. A sua escolha como local de realização da pesquisa decorreu do fato de atuar segundo o modelo da ESF há mais de dois anos, propiciando condições de aprofundamento do tema sob estudo.

A pesquisa contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Por envolver seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da FIOCRUZ, em Pernambuco, havendo sido aprovado - registro no CAAE 0084.0.095.000-08 - nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O trabalho de campo foi executado por uma das autoras (m.b.p.d.) entre 30 de outubro de 2008 e 31 de março de 2009, sendo facilitado pela boa integração ao cotidiano da unidade de saúde, onde foram construídos vínculos de confiança e afetividade com os participantes do estudo. Utilizaram-se as técnicas de pesquisa de observação participante (sala de espera, reuniões da equipe e visitas domiciliares de agentes comunitários) e entrevista semiestruturada com todos os membros da equipe, excetuando-se uma agente comunitária que se recusou, embora tenha permitido acompanhar as visitas domiciliares, além do profissional do nível distrital que atua como apoiador de equipes locais. Neste artigo, são apresentados os resultados referentes ao material produzido junto às agentes comunitárias.

Durante quatro meses, em dias não consecutivos, foi observado o processo de trabalho desenvolvido pelas agentes em 37 visitas domiciliares e situações cotidianas na unidade de saúde. O roteiro da observação explorou, com flexibilidade: Que concepções de educação em saúde estão

presentes, de forma explícita ou implícita, nas atitudes e práticas desses profissionais? Como se constrói a sua comunicação com os usuários? Que conteúdos e temas são objeto da ação educativa? As conversas informais asseguraram a construção intersubjetiva dos resultados. Após cada sessão, buscando alcançar a maior fidedignidade possível, foram feitas anotações cuidadosas no diário de campo sobre as ações, as atitudes, os diálogos e as atividades específicas, tais quais se ofereceram à observação.

O roteiro da entrevista explorou as concepções dos profissionais sobre educação em saúde, como realizam sua prática, como consideram que deveriam efetuar-la, o que facilita e o que dificulta a atividade de educação em saúde; a concepção de diálogo, o papel que atribuem ao mesmo no trabalho educativo, o que facilita e dificulta a sua prática cotidiana; como percebem a sua relação com o usuário nas ações de educação em saúde. As observações também propiciaram o aprofundamento, nas entrevistas, da sondagem sobre as contradições entre as práticas e as falas das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela autora que realizou o trabalho de campo. Foi realizada uma sessão com cada entrevistado.

Na análise do material produzido, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, obedecendo às seguintes etapas: leitura flutuante e exame minucioso de cada entrevista e de cada registro de observação para identificar os núcleos de sentido manifestos e latentes, agrupando-os em relação aos eixos temáticos definidos a partir do marco de referência: concepções e opiniões sobre educação em saúde, conteúdos e modos de realização do trabalho educativo, e concepções de diálogo. Durante toda análise, levou-se em conta as inter-relações entre subjetividade e contexto. Neste artigo, serão apresentados os resultados relativos aos eixos temáticos concepções sobre educação em saúde e características das práticas educativas.

RESULTADOS

Concepções sobre educação em saúde

Neste eixo temático, foram abordados essencialmente os resultados das entrevistas, baseando-se fundamentalmente nas falas das entrevistadas.

O modo como as ACS definem a educação em saúde prioriza o aspecto de transmissão de conhecimentos.

ENT1.1 - Acho que educar primeiro é orientar né, devido ao que se tem aqui, é aprender algumas coisas e passar pras pessoas (AC2)

Como consequência, o conceito de educação em saúde baseia-se na suposição de que as informações devem ser adquiridas por elas e repassadas para a população, reforçando o caráter fundamentalmente normativo das práticas educativas. Elas atribuem importância central à necessidade de ter acesso sistemático a informações que possibilitem maior domínio dos conhecimentos técnicos.

ENT1.76 - É, eu acho que a informação mesmo, procurar mais, pra eu ter mais informação, como eu disse de alguns temas que eu ainda não tenho total conhecimento, então eu acho que pra eu ser realmente uma educadora eu tenho que estar sempre por dentro, como uma boa educadora sempre está se atualizando. Então é isso, eu acho que preciso me atualizar mais, procurar mais (AC2)

Deve-se ressaltar que, durante o período da pesquisa, estava sendo realizado o Treinamento Técnico de ACS como parte da política de Educação Permanente implementada pela Secretaria Municipal de Saúde.²⁰

A prática da educação em saúde está voltada, segundo a perspectiva das ACS, para a intervenção sobre as condutas dos usuários, visando evitar a ocorrência e/ou persistência daquelas que sejam percebidas como desviantes e equivocadas em relação ao previsto nas normas técnicas:

ENT4.44 - Como agente de saúde eu vou ver o que está errado e vou ali, vou passando pro povo no momento que eu estou vendo... (AC4)

ENT2.12 - É aquela parte assim de... vamos supor, se tiver alguma criança descalça assim no meio da rua né. Então a gente vai “ó, mãe, tenha cuidado.” Então é mais assim educativo, né, com relação a você orientar sobre algumas doenças, sobre o uso de preservativos, sobre... sobre as doenças, sobre até a vida assim. (AC1)

Neste sentido, os temas considerados como prioritários pelas ACS são justamente aqueles, dentre as ações previstas pela ESF, em que parece existir um maior desacordo entre a lógica dos usuários e a racionalidade técnica. Temas que, na opinião desses membros da equipe, suscitam a resistência da população e/ou apresentam dificuldade de abordagem.

ENT1.68 - Acho que sexualidade em primeiro lugar, porque muitos jovens que estão na minha área iniciaram uma vida sexual cedo, que a... você ver

lá prevenção essas coisas, essas doenças... deixa eu ver... o citológico, ainda tem mulheres que assim, há uma resistência pra fazer o citológico mesmo a gente orientando... amamentação também é interessante já é uma coisa que acontece, mas ainda tem mulheres que, sabe, quando a gente sai, diz - “O menino está chorando muito! Dá mingau!” (imita o tom de irritação da pessoa). (AC2)

ENT2.34 - a questão assim da orientação das drogas, sabe que drogas e bebidas alcoólicas, o vício né, em si, que eu acho que era um assunto de muita importância, um assunto de muita importância para ser discutido. (...) e higiene para os idosos... a gente orienta assim, mas é tão difícil... (AC1)

Não obstante o privilégio conferido à prevenção de doenças e agravos, vislumbra-se a emergência de uma visão mais abrangente do processo saúde-doença na definição de educação em saúde como prática que visa à qualidade de vida.

ENT1.2 - Educar é sobre mesmo o que é ter saúde, o que é ter uma qualidade de vida melhor, tanto emocional, quanto voltada pra saúde mesmo. (AC2)

Verifica-se, portanto, que nas concepções das ACS acerca da educação em saúde combinam-se a perspectiva de atendimento às metas e objetivos do serviço e a abertura a uma visão ampliada do processo saúde-doença.

As características das práticas de educação em saúde

Embora não tenham sido mencionados nas concepções sobre educação em saúde, o diálogo e as dimensões relacionais, esses aspectos emergem nas falas das ACS sobre as características das práticas educativas.

No período de observação, foram escassas as práticas coletivas de educação em saúde, seja sob a forma de palestras, reuniões ou rodas de conversa enquanto momentos de transmissão de informações ou discussão sobre temas específicos. Predominaram as orientações que eram repassadas cotidianamente no decorrer das visitas domiciliares e nas interações com os usuários no cotidiano da unidade. Esse modo de atuar é visto pelas ACS como efetivo em termos da maior atenção prestada às orientações pelo usuário.

ENT2.19 - (...) olhe a questão aqui das (...) pessoas, aqui no bairro é a realidade. (...) Eu acredito que elas

escutam, mas na minha opinião, elas escutam mais quando a gente está na casa e orienta. Sabe, sobre qualquer doença, sobre o que for. Então na minha opinião elas escutam mais do que, vamos supor, a gente fazer uma palestra na unidade (...) (AC1)

A interação no domicílio é valorizada, também, pela percepção de que o caráter individual do encontro profissional-usuário permite ao usuário se sentir à vontade para se posicionar e manifestar dúvidas frente aos assuntos que podem ser tabu, devido ao seu sistema de valores. Aspecto que, certamente, cria maior possibilidade de esclarecimento das orientações fornecidas.

ENT2.20 - que às vezes fica a dúvida e por ter muita gente, por às vezes vamos supor, você falar sobre... sobre... doenças sexualmente transmissíveis, né, tem pessoas que ficam com dúvidas, ainda tem aquele tabu. Aí por causa disso aí às vezes fica calado, tem dúvidas. E quando a gente está lá, não, se eu for conversar sobre o assunto, né, aí a pessoa “- Mas e é, fulano?” E começa a perguntar: “- Mas e assim, assim, assim...” A gente vê... a gente vê que elas assim... entendem melhor e tiram as dúvidas, melhor do que uma palestra, na minha opinião. (AC1)

De acordo com as observações, as visitas domiciliares foram o espaço no cotidiano do serviço em que a escuta do usuário se deu de forma mais sistemática. Nelas acontecem relatos de vida, de situações que dizem respeito ao cotidiano da população, atentamente escutadas pelas ACS, e são dadas orientações e realizadas as condutas previstas no seu trabalho.

O processo de construção da relação com o usuário é uma questão reiterada nas falas das ACS a propósito do trabalho educativo. A conquista da confiança e o vínculo foram os componentes mais valorizados e vistos como essenciais à realização do seu trabalho como educadoras. Para elas, a confiança se estabelece de forma gradual, sendo essencial para manter acesso à conversação, mediante a qual tomam conhecimento das necessidades da população.

ENT2.3 - (...) é devagar, é assim dia-a-dia. Né, porque trabalhar com comunidade é assim, principalmente para o agente de saúde, conquistar a confiança né. Conquistar, sabe, a ponto (...) do usuário conversar, (...) dizer realmente o que ele sente. Muitas vezes até a gente comenta assim que

às vezes o usuário tem coisas que ele não diz à médica, mas conversa com a gente, desabafa entendeu. Então (...) pra mim é isso. É no dia-a-dia, a gente vai construindo, vai com conversa, né, com atenção acho que... é isso. (AC1).

A confiança e o vínculo se colocam como portas para a abordagem dos problemas, dão o espaço para a realização das orientações e prescrições:

ENT2.9 - Olhe eu acredito que pra elas, assim, é bom, porque a gente fica sabendo assim até com relação a algum problema de saúde, a gente vai ter mais assim... essa ousadia de poder... não sei nem se é a palavra correta... de poder conversar, de poder, sabe, fazer com que ela se abra naquele momento então é bom porque a gente, ai a gente vai poder, sabe, dizer é assim, assim, assim... conversar direitinho. (AC1)

A qualidade pessoal que as ACS consideram mais importante para a construção da relação de confiança e do vínculo com o usuário é a calma, que é relacionada à disponibilidade para a escuta frente a situações que requerem suporte emocional. Disponibilidade que é valorizada, sobretudo, porque possibilita que as orientações sejam feitas a partir das necessidades manifestadas pelo próprio usuário.

ENT2.59 - (...) a pessoa tem que ser uma pessoa calma né, e paciente (ri), muito paciente! Né, uma pessoa que realmente né, é, então vai ter que ser muito calma sabe, saber ouvir, (...) às vezes as pessoas precisam né, de a gente parar pra escutar, mesmo que demore mais um pouquinho ali, mas precisam assim, que a gente escute, sabe, que a gente fique conversando mais tempo. (AC1).

ENT4.17 - ... dentro do que eu estou ouvindo, escutando e do que eles estão falando... (...) e eu vou responder pra eles... assim alguma coisa... dentro das palavras que eles tão conversando comigo. Às vezes (...) eu escuto mais pra eu poder dar a resposta pra eles, e muitas vezes eles, eles confiam muito em mim... (AC4)

Uma atitude calma, ao propiciar a construção do vínculo e a conquista da confiança do usuário, também ajuda na mediação frente a situações que aumentam a vulnerabilidade das ACS à violência presente em alguns dos domicílios cobertos.

ENT4.10 - muitas vezes lá na casa de A, eu confesso, eu tenho medo de entrar porque eles já deram em muitas pessoas só que não bateram em mim. Mas eu entro com cuidado, converso, tento conquistar eles, e conquisto, e conquisto. (AC4)

Além das qualidades pessoais, a conquista da confiança se dá com base na ética profissional, entendida como a garantia de sigilo frente às informações compartilhadas pelos usuários.

ENT2.7 - eu aprendi muito assim saber que quando a gente está assim com o usuário, o que a gente escuta lá, deixa lá, então foi assim até hoje graças a Deus, me fez crescer muito no meu trabalho né, até porque eu já enfrentei muitas situações constrangedoras... (AC1)

Nesse processo, as ACS relatam a existência de uma desconfiança inicial da população enquanto as vê como membros da comunidade e, como tais, capazes de relatar aos vizinhos suas dificuldades e problemas. A relação de confiança se estabelece quando elas passam a ser vistas como profissionais.

ENT3.2 - Olhe, muitos me recebiam muito bem, né? Mas foi difícil assim, porque como era moradora do Bairro foi difícil eu... eu... eles se abrirem comigo... (...) porque eles estavam me vendo como moradora do Bairro, não estavam vendo eu como agente de saúde, exercendo a minha função, depois foi que... com o passar do tempo aí a gente foi conquistando (...) (AC3)

Durante a observação do cotidiano do trabalho das ACS, estas eram abordadas na rua, muitas vezes sendo chamadas pelos moradores para dar algum tipo de informação ou prestar algum tipo de assistência à família. Todas as visitas foram bem recebidas e as ACS tinham o tempo disponível para a escuta dos problemas enfrentados pelos usuários, os quais muitas vezes extrapolavam as questões específicas da área da saúde.

A valorização da escuta e da conquista da confiança da população coexiste com a tensão entre a prescrição de normas e as dificuldades à adoção das mesmas pela população usuária, o que está presente no relato das ACS sobre o seu trabalho e constatado no processo de observação:

ENT4.6 - Eu falei pra ela que não desse o leite, desse o peito, entende, mas essas pessoas não têm

paciência de dar o peito à criança, veem que a criança está com fome mas mesmo assim... (...) Agora voltei lá... ela deu o leite à criança e a criança ficou doente e está internada, porque ela não... (AC4)

Em um contexto onde se configura a dificuldade de transformação de hábitos e costumes referentes à saúde e à qualidade de vida, uma boa prática educativa para as ACS é aquela que consegue a atenção do usuário e a mudança de comportamento.

ENT1.7 - Então é quando a pessoa “interage” e quando eu volto na casa e eu vejo que aquilo realmente mudou, que a criança que estava ali, toda com as unhas toda “coisada”, eu disse “ó, corta a unha, dá uma limpezinha”, ou eu digo “ó cuidado com o negócio da dengue”, e quando eu chego lá não está mais, sabe? (AC2)

A dificuldade de mudança de comportamento é vista sob diferentes perspectivas pelas ACS. Às vezes a mudança é relacionada à aquisição de informação e, neste caso, presume-se que não é por falta dela que os usuários não mudam o comportamento, mas por comodismo. Assim, a insistência, a repetição no repasse da informação seria uma forma eficaz de ir gradativamente persuadindo-os, na busca de alcançar a adesão às condutas preconizadas.

ENT2.16 - (...) eu acredito que falta de informação não seja (a gente já deu muita palestra). Então eu acho que seja assim, como eu lhe disse, a resistência, o comodismo sabe. As pessoas não colocam ainda na cabeça, sabe, que aquilo, que a água contaminada pode prejudicar, pode né, gerar outras doenças, então eu acho que seja por isso (AC1).

ENT4.70 - (...) batendo, batendo, batendo [no sentido de insistir], mas dá (...) porque às vezes a gente está conversando, conversa tanto... que entra na cabeça e resolve, né! (AC4)

Em outras falas, enfatizam o papel das condições de vida da população e mostram a compreensão da complexidade dos fatores envolvidos na aquisição dos hábitos pela população. O processo de trabalho cotidiano traz à tona aspectos que não dizem respeito apenas às dificuldades pessoais e escolhas individuais para mudar o estilo de vida, na medida em que evidenciam a precariedade das condições de vida. As ACS mostram compreensão e conhecimento dessa realidade.

ENT2.56 - Teve um que disse - “Ah, minha filha, não tenho condições não, meu dinheiro só dá pra comprar isso, eu como hoje e dou graças a Deus” - fica difícil trabalhar, né, é uma questão bem delicada (AC1).

Ao mesmo tempo em que reconhecem a complexidade de uma prática educativa desenvolvida em contextos de pobreza e necessidades que não favorecem a adoção de determinadas condutas, as ACS reforçam os argumentos técnicos na busca de conquistar a adesão dos usuários. Por outro lado, apesar do recurso à argumentação técnica, não se observa uma crítica ou uma condenação dos motivos que levam as usuárias a não adotarem as prescrições.

ENT2.29a - Às vezes tem mães que trabalham também (...) Aí diz: “- Ah, tem que se acostumar que vou trabalhar e não dá.” Olhe, a gente vai saber que ali vai ser muito difícil ela manter a amamentação exclusiva justamente por causa dessa pressão, né, mas a gente orienta que... que quando ela der de mamar, a criança vai ficar imunizada assim... bastante, contra algumas doenças, vai ajudar na denteição dela, da criança, então a gente procura convencer, né (...) (AC1).

A cobrança de desempenho com base em indicadores referenda esta forma de agir. Apesar de as metas terem sido pactuadas em um amplo processo de discussão de acordo com a proposta da gestão do município²⁰, a demanda muitas vezes vincula-se a um padrão de controle sanitário²¹ como se observa neste exemplo: “A campanha do citológico tem como meta a realização de 90 exames de Papanicolaou em 10 dias. A pressão é grande, pois requer a intensificação das visitas domiciliares para a busca de mulheres que ainda não realizaram o exame.” (OBS24.2)

Convém notar, no entanto, que, frente à demanda institucional por resultados, as ACS argumentam com base na liberdade de escolha da usuária e na impossibilidade do controle sobre as opções que surgem frente ao contexto de vida da população. Ainda que possa significar a justificativa de um “fracasso”, esta atitude também indica a compreensão frente às opções assumidas pela população:

ENT2.29b - [A coordenação] eles já se sentaram algumas vezes com a gente sobre isso [o aleitamento materno] e a gente explica que não, infelizmente, que a gente não pode ficar, está lá 24 horas com a mãe dizendo, né. A gente faz a nossa parte, né? A gente

orienta, mas a gente sabendo que aí vai ser com ela e, né, e o bebezinho se realmente ela vai dar... se ela vai continuar amamentando ou não... (AC1).

As ACS criticam o autoritarismo no modo de abordagem das famílias, o que evidencia e é consistente com o cuidado na construção da relação e o respeito ao usuário. Ao mesmo tempo, a prática educativa relatada dirige-se aos hábitos do usuário, discorrendo sobre as consequências advindas do não seguimento de orientações e prescrições.

ENT3.8: Eu chegar mandando na casa da mulher? Não, não. Eu chego lá, reclamo, fico ali né, com aquela conversa... “Mas mulher, olha, essa roupa aí que está jogada assim, vai mofar todinha e pode trazer uma bactéria ali, um negócio de rato, algum bicho pode passar por cima, mesmo que tu lavar e tu não passar água quente (...) pode ficar um bicho aí e o menino vai ficar todo se coçando”, (...) e é em cima disso aí que eu vou vendo, eu vou falando, está entendendo? Mas eu não vou chegar mandando na casa da mulher (...) (AC3).

Não obstante a preocupação em escutar as pessoas, é marcante o reconhecimento de que a escolha do tema a ser priorizado nas atividades de educação em saúde não é feita a partir de demandas dos usuários e nem com base em sugestões das ACS a partir do conhecimento da realidade. O calendário geral do município ou a emergência de situações que requeiram uma intervenção específica, como aumento da incidência de determinadas doenças ou a necessidade de atingir metas de procedimentos ou de indicadores de saúde, condicionam os conteúdos das atividades educativas.

ENT3.27 - A maioria vem assim. Tipo assim que a gente tava falando... Dengue... aí vem de lá de cima... da Secretaria, aí passa pro Distrito, aí “- AC3, trabalha nisso!” Aí a gente sempre, né... vai falando sobre a dengue, vai falando sobre o lixo, um monte de coisa... (AC3).

ENT4.68 - Campanha, você tem que fazer a campanha do citológico, tem que fazer a campanha da vacina, tem que ter a campanha de vacina de criança, a campanha de vacina das mulheres... que é daquela de... pra mulher... [rubéola] (AC4).

Por outro lado, na observação participante verificou-se a capacidade da equipe e das ACS de aproveitarem criati-

vamente essas datas para o trabalho educativo. Durante a Semana da Mulher, a equipe instituiu outra rotina e foram realizadas atividades educativas coletivas abordando temas como uso de plantas medicinais e prevenção de DSTs/AIDS, utilizando uma metodologia interativa, respondendo perguntas das usuárias. A possibilidade de não seguir a rotina e o aproveitamento de conhecimentos que as ACS já tinham e que compartilharam com as usuárias foi a marca dessa semana.

Entre as dificuldades à realização das atividades coletivas de educação em saúde, foram referidos a falta de condições físicas e materiais na unidade de saúde - espaço, material didático -, o formato e os temas repetitivos. Essas condições foram constatadas durante a realização do trabalho de campo. Estes aspectos contribuem para a escassez e o esvaziamento das atividades educativas coletivas, na visão das ACS:

ENT2.42 - com relação à dificuldade, é mais o espaço físico e a forma com que a gente vai trabalhar, sabe porque é como eu tava dizendo, não adianta chegar lá e be.. be... be... e falar, aí... as pessoas vão embora, eu acho que teria que fazer dentro daquela palestra um trabalho, algo que ficasse marcado para que as pessoas não... (...) não esquecesse (AC1).

Insatisfeitas com o formato repetitivo, as ACS sugerem a realização de atividades educativas tendo como foco metodologias que despertem o interesse dos usuários, ou propõem uma função terapêutica ao trabalho educativo.

ENT2.40 - então eu acho que na prática “hoje vai cortar cabelo, amanhã... vamos fazer uma pintura...” eu acho que está faltando isso, pras pessoas terem interesse de vir. (AC1)

ENT2.39a - (...) eu acho que o que tava faltando é assim se trabalhar com a palestra dinamizada (...) Sobre... a terapia, né? (AC1)

A falta de tempo é outra dificuldade mencionada e é relacionada à sobrecarga de trabalho, intensificada pela realização de atividades como o preenchimento dos formulários do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), situação corroborada durante a observação do cotidiano da USF.

ENT4.100 - É falta de tempo. É muito trabalho, muita coisa, muita coisa mesmo. E poucas pessoas pra trabalhar... (AC4)

ENT4.103 - A gente vai entregar a produção, não podia ser só um papel? Ai a gente joga pra aquele papel, depois pra aquele papel, e joga pra aquele outro papel e joga pra aquele outro papel. Ai haja papel! Ai perde muito tempo. (AC4)

DISCUSSÃO

No processo de análise das concepções de educação em saúde e das características das práticas educativas das ACS, teve-se como pressuposto que, na sua construção, operam “múltiplos fatores entre os quais: as diretrizes dos serviços; as metas exigidas; a organização dos serviços e sua permeabilidade à demanda da população; a formação dos agentes de saúde e dos demais profissionais de saúde”.^{13:464}

Nas concepções de educação em saúde das ACS da USF, evidenciaram-se elementos do modelo tradicional, caracterizado pela transmissão de conhecimentos e de pautas de comportamento e hábitos saudáveis, em que o diálogo não se realiza enquanto troca intersubjetiva na mediação entre os saberes.

De acordo com a literatura, este parece ser o modelo de prática educativa predominante, caracterizado pelo que Bornstein^{13:464} chama de mediação convencedora, isto é, baseada no repasse de “informação sobre atitudes e comportamentos considerados corretos”, tendo como perspectiva integrar os indivíduos no contexto.

As ações de promoção da saúde, sob esta perspectiva, limitam as transformações das condições de saúde da população a aspectos ligados à expressão biológica da saúde e da doença, com concepções de educação que priorizam temas ligados a ações preventivas voltadas para a mudança de comportamento e estilo de vida.^{1:103}

Ao mesmo tempo, a referência à qualidade de vida na definição de educação em saúde indica um avanço em direção a uma visão ampliada dos determinantes da saúde e da doença, ainda que também inclua a adequação dos comportamentos individuais às normas instituídas.

Isto implica na necessidade de se evitar a apropriação do conceito de qualidade de vida como um conjunto de normas de vida que representem apenas “novos consumos em saúde”, cuja ênfase na mudança dos comportamentos e hábitos remeteria à responsabilização da população por suas condições de saúde.²²

É inegável a importância de que as ACS disponham de conhecimento técnico acerca das ações de saúde que desenvolvem, mas a ideia que elas associam, fortemente, a este conhecimento parece estar mais dirigida à aquisição de novos conteúdos a serem transmitidos para a população

do que à troca de saberes e às mediações entre a norma e o cotidiano dos usuários.

As características das práticas de educação em saúde - identificadas na observação do trabalho e nas descrições feitas pelas ACS nas entrevistas - mostram que, ainda que persistam elementos do modelo tradicional, emergem elementos indicativos de uma abertura ao diálogo entre profissionais e usuários do serviço.

Estes se evidenciam através de situações e falas que caracterizam a compreensão do papel das condições de vida e dos determinantes da saúde e da doença, a valorização da confiança e do vínculo com o usuário, e propostas de utilização de atividades diversificadas e relacionadas às necessidades que as ACS identificam na população.

Por outro lado, a visita domiciliar constitui-se espaço privilegiado para as atividades educativas, que se dão essencialmente sob a forma orientações individuais, o que é valorizado pelas ACS pela situação de interação, que não apenas aumenta a capacidade de conseguir a atenção do usuário, fazendo-o compreender e assimilar a informação, como também propicia a abordagem de assuntos que alguns usuários não se sentem à vontade para discutir em grupo.

O aspecto mais valorizado para a realização das ações de educação em saúde é a construção da relação com a população, através da conquista da confiança e do vínculo, em que a calma é vista como uma qualidade essencial. Ressalta-se ainda a importância conferida à escuta para identificar às necessidades do usuário. Os relatos e as observações apontam que esses elementos, essenciais da competência humana no exercício profissional, aqui, são valorizados segundo uma dupla perspectiva.

Por um lado, eles são utilizados como meios para alcançar os fins previstos das ações de saúde, através de uma atitude estratégica com a qual buscam vencer, mediante a repetição, a resistência ou o descaso do usuário frente às orientações e prescrições. Por outro lado, e em maior ênfase, a confiança e a disponibilidade para a escuta são valorizadas pela possibilidade conhecer a realidade, direcionar a ação educativa em função das perguntas e questões do usuário e, ainda, configuram espaços para uma atuação voltada para o suporte emocional, ampliando a ação das ACS a partir dos encontros cotidianos do seu trabalho.

Note-se que, no processo relacional com os usuários, outro componente que contribui para a conquista da confiança é a garantia de sigilo, o que caracteriza um paradoxo, tendo em vista que um dos pontos centrais sobre o qual se assenta a construção da identidade profissional do ACS - o seu papel de “elo de ligação” entre o serviço e a comunidade - se dá a partir da sua condição de membro

da mesma. No entanto, cabe destacar que a condição de membro da comunidade permite uma relação profissional diferenciada pelo maior conhecimento e compreensão das condições de vida da população.

Frente à expectativa de mudança de comportamento dos usuários a partir das práticas educativas, as ACS relataram dificuldade em alcançar os resultados esperados, situação que é avaliada sob uma dupla perspectiva: embora seja vista, em parte, como resultante do comodismo do usuário, nas falas das ACS é dado maior peso ao contexto socioeconômico que dificulta a adoção dos comportamentos preconizados.

Em que pese o reconhecimento de que as condições materiais de vida repercutem na decisão quanto às condutas, deve-se ressaltar que as orientações veiculadas pela prática educativa não chegam a ser questionadas no sentido de serem incômodas, trabalhosas, pouco prazerosas ou acarretarem limitações à liberdade. O reconhecimento da dimensão intersubjetiva na abordagem da população usuária, através da construção do vínculo e da conquista da confiança necessita ampliar-se no sentido da mediação entre o saber técnico e popular.

Frente ao exposto, pode-se afirmar que as concepções e características das práticas educativas das ACS expressam uma dualidade: ao mesmo tempo que apresentam elementos do modelo tradicional no que diz respeito à relação entre saberes, sobrepõem a estes, a valorização do vínculo e da confiança, o exercício da escuta e a percepção da necessidade de suporte para o enfrentamento de situações de sofrimento e dificuldades relativas às condições de vida da população como dimensões da educação em saúde.

De forma análoga, essa dualidade é identificada por Bornstein¹³ a propósito da co-existência de modelos de mediação convencidora e transformadora na prática profissional dos ACS do Complexo da Maré (RJ).

Provavelmente, a dupla inserção das ACS enquanto profissionais de saúde e membros da comunidade contribui para essa dualidade, na medida em que proporciona o contato com distintas racionalidades, representadas nas duas instâncias com as quais realiza o seu trabalho cotidiano: o serviço de saúde - polo da racionalidade técnica - e o mundo da vida - polo da racionalidade prática.

Essa dualidade é entendida como a riqueza maior do trabalho do ACS¹³ na medida em que configura um potencial para que a atuação desse profissional se desenvolva cada vez mais na direção de práticas educativas capazes de realizar o diálogo entre saberes técnicos e da população.²¹

No sentido de ampliar o potencial já assinalado, considera-se que a revisão das atribuições desse profissional no

interior das equipes de saúde e a organização do processo de trabalho podem resgatar e ampliar as possibilidades colocadas pela dualidade de sua inserção e pela riqueza das interações com os usuários, para a construção de práticas educativas consistentes com o marco da promoção da saúde.

Por outro lado, a dupla inserção do ACS é problematizada por autores como Nogueira²³ e Tomas²⁴, pela imprecisão na definição do seu papel profissional no serviço, o que pode levar a um excesso de expectativas e atribuições e à consequente sobrecarga de trabalho desse profissional.

A sobrecarga de trabalho e a falta de condições apropriadas contribuem, não apenas para a escassez das atividades de educação em saúde coletivas, como para a persistência de elementos normativos e o distanciamento de um processo de discussão a respeito dos problemas de saúde da comunidade e da possibilidade de construção compartilhada de alternativas de mudança.

Silva e Dalmaso⁸ relacionam a sobrecarga de trabalho dos ACS, em parte, à tendência de se atribuir aos mesmos toda atividade que se dirija à comunidade. Albuquerque^{15:44} menciona o “bombardeio” da equipe pelos programas “com normas, regras, metas, cursos, oficinas, formulários específicos, sistemas próprios e sem conexão entre si”, refletindo a persistência de elementos da lógica assistencial e dos programas de saúde.

O processo de formulação das atividades educativas coletivas distancia os conteúdos abordados dos interesses e problemas da comunidade, o que se soma à repetição dos temas e do tipo de atividade - vista como responsável pelo esvaziamento das atividades educativas coletivas e pela dificuldade da população em aderir às orientações.

Frente a essa situação, as ACS sugeriram a adoção de metodologias com vistas a despertar o interesse do usuário, ao mesmo tempo que propuseram práticas educativas dirigidas a proporcionar suporte terapêutico e espaços de convivência.

Assim, diante da identificação de situações de vulnerabilidade no cotidiano do seu trabalho, as ACS manifestam a necessidade do seu enfrentamento através da disponibilidade para a escuta e do estabelecimento de laços de solidariedade construídos em espaços de convivência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que as práticas educativas relatadas pelas ACS e observadas no trabalho de campo combinam elementos da concepção dialógica com a persistência de características do modelo tradicional, no que diz respeito

à mediação entre os conhecimentos técnicos e os dos usuários.

É necessário que se amplie o espaço para práticas educativas dialógicas, reconhecendo-se que é com base em acordos intersubjetivos que se podem aceitar novas pautas de comportamento, segundo o reconhecimento, sem coerção, das pretensões de validade de sujeitos dispostos ao entendimento.

É dialogando que se trava o embate entre a validade de enunciados analiticamente corretos e a validade social de preceitos e regras técnicas, cujo fundamento é a intersubjetividade do acordo acerca de intenções e que só é assegurada pelo reconhecimento recíproco de compromissos.²⁵

Isto implica no reconhecimento do outro com interlocutor legítimo e na construção de uma nova relação com o conhecimento técnico e com as normas, contribuindo para viabilizar uma prática educativa baseada na diversidade e no conjunto das experiências vividas pelos usuários.

Parte desse processo refere-se à superação das dificuldades relacionadas a características do modelo de atenção que terminam por estimular a persuasão frente às pautas de comportamento sanitário e de consumo dos serviços norteadas pelo enfoque de risco. Isto implica na necessidade de aprofundar as mudanças na organização do trabalho para que se avance na superação da lacuna entre a proposta de atuação do ACS na ESF e a realidade do seu trabalho no cotidiano das equipes.

E implica, também, na ampliação de espaços para a busca de soluções segundo uma perspectiva da promoção da saúde transformadora da realidade e uma visão ampliada do processo saúde-doença.

Por outro lado, considera-se necessária uma reflexão a respeito do papel das questões teóricas no contexto das necessidades de formação do ACS e a manutenção da estratégia de Educação Permanente implementada pelo município²⁰, tendo em vista a flexibilização dos processos de capacitação para esse profissional e a “incorporação de temáticas locais” identificadas com base na sua experiência cotidiana.^{13:477}

A perspectiva dialógica da educação em saúde desempenha o papel de permitir a mediação entre saberes, aproximando as práticas de saúde das necessidades da população. Deve-se ressaltar que a importância atribuída pelas ACS à construção da relação com o usuário, a abordagem de situações de vulnerabilidade e a sugestão de novos formatos para as ações de educação em saúde evidenciam a disposição e condições para a implementação sistemática de práticas educativas dialógicas.

A valorização do vínculo e da confiança, a escuta voltada para dimensões ampliadas da saúde - ainda que não sejam suficientes para a instauração plena de uma prática

educativa orientada por uma noção de sucesso prático, para além do controle técnico das doenças -, indicam a existência de espaços de discussão de projetos diversos de felicidade.

REFERÊNCIAS

1. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2003; 7(12):101-22.
2. Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla VV, Stotz EM, organizadores. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p.11-22.
3. Freire P. *Pedagogia do Oprimido.* 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. 192 p.
4. Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 1997; 1(1):7-40.
5. Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa: complementos y estudios previos.* 3ª ed. Madrid: Ediciones Cátedra; 1997.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde.* Brasília: MS; 2003. 56p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica.* 4ª ed. Brasília: MS; 2007.
8. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2002; 6(10):75-83.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa de Saúde da Família.* Brasília (DF): MS; 2001.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *A implantação da unidade de saúde da família. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. Caderno 1.* Brasília: MS; 2000. 58p.
11. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade os usuários da rede básica de saúde: por uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública.* 2004 jan/fev; 20(1):80-8.
12. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2004 mar/ago; 8(15):259-74.
13. Bornstein VJ, Stotz EN. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre a dimensão conven- cedora e a transformadora. *Trab Educ Saúde.* 2008; 6(3):457-80.
14. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis (Rio J.).* 2004; 14(1):67-83.
15. Albuquerque PC. *A educação popular em saúde no município de Recife - PE: em busca da integralidade [tese].* Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003. 179 f.
16. Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa.* 2a ed. Madrid (España): Taurus; 1988. 519p.
17. Freire P. *Educação como prática para liberdade.* 16a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1985. 150p.
18. Vasconcelos EM. *Educação Popular e a atenção à saúde da família.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. 340p.
19. Magalhães MJO. *Análise da relação entre a situação de trabalho e a saúde dos profissionais da unidade de saúde da família/Grotão II [monografia].* 2003. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2003. 92 f.
20. João Pessoa-PB. *Secretaria Municipal de Saúde Plano Municipal de Saúde, 2006-2008.* João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
21. Stotz EM, David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Rev APS.* 2009; 12(4):487-97. [Citado em 2010 fev 23]. Disponível em <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/615>.
22. Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde Soc.* 2004 jan./abr; 13(1):5-13.
23. Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2002; 6(10):91-3.
24. Tomas JBC. O agente comunitário não deve ser um “super-herói”. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2002; 6(10):74-94.
25. Habermas J. *Técnica e ciência como ‘ideologia’.* Lisboa: Edições 70; 2000. 147p.

Submissão: março de 2010

Aprovação: junho de 2010
