

DA ESCOLHA AO COTIDIANO DO AGENTE DE SAÚDE DA COOPERALFA: EDUCADOR POPULAR EM SAÚDE?

Popular Health Education as the basis of preceptorship in Community Health Agent's technical training

Thaís Títton de Souza¹, Marco Aurélio Da Ros²

RESUMO

A partir de uma revisão histórica, este artigo pretende analisar a prática de Agentes de Saúde do Projeto de Saúde da Cooperalfa, desenvolvido na década de 1980, em municípios catarinenses com base nos princípios da Atenção Primária, especialmente no que se refere à função de educador em saúde desses sujeitos. Por meio de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, buscou-se embasar esta análise, a partir de diferentes aspectos conjunturais e estruturais que influenciavam ou poderiam influenciar a prática de educação em saúde. Observou-se que o Agente era considerado um educador em saúde, ainda que essa função não estivesse clara no Projeto, incorporando às suas práticas referenciais teóricos e metodológicos utilizados em seu próprio processo de formação. Dessa forma, foi desenvolvida uma postura educativa ética, voltada ao respeito e à troca de diferentes saberes com comunidade e profissionais de saúde, tornando-se um verdadeiro agente de transformação social. Os resultados encontrados neste estudo podem servir de subsídio para a discussão sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde atualmente, tendo-se como base os princípios e as diretrizes que regem o SUS.

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

ABSTRACT

Starting from a historical revision, this article aims to present the systemization of Popular Health Education building process as transverse axis of the technical course of community health agent (CTACS), from mentoring experience dating from the years 2013 and 2014. Beside the tutors, teachers and course coordinators' experience, the following were used as source for this paper: registration in class daily, planning documents of courses, minutes of planning meetings and class councils, terms of reference and of the production of own students. Sought to identify two dimensions: the education of students, considering not only the appropriation of technical knowledge, but fundamentally, the completeness of their training; and the educational effects noted in the course of CTACS. The tutor had assignments of integration and coordination of the contents presented to the ACS during the theoretical course modules from the "professional practices", which were meetings coordinated by the tutors and related themes of the different axis of the course or presented by ACS as needs learning. The "professional practices" have been prepared in conjunction with the coordination and teaching of CTACS and enabled interventions and debates regarding expensive themes like gender and sexuality, social movements, media, violence, daily work, among others. Another line of action of the tutors was to build community diagnosis and guidance for Term Papers. The daily contact and the trust established between tutors and students made possible to develop a series of political discussions that contributed to the politicization of Community Health Agents on the issues of his own work as ACS, as well as on the issues of overall social-political context, comprising health as part of that context. In the process, was also seen how fundamental was the discussion on the role of ACS, encouraging it's portrayal of popular educator, which was not only through speeches on popular education, but through educational

¹ Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: thayyts@yahoo.com.br.

² Doutor em Educação, Professor do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

practice of course enhanced by the preceptors. We believe that this has resulted in an increase in self-esteem of agents, permeated by the appreciation of his work, which passed the understanding of the importance of this for SUS and a more democratic society.

KEYWORDS: Primary Health Attention; Popular Health Education; Family Health.

INTRODUÇÃO

No início da década de 1980, a Cooperalfa (Cooperativa Agroindustrial Alfa) abrangia sete municípios da região oeste de Santa Catarina. A maioria da população residia em área rural e possuía baixo atendimento de suas necessidades básicas de saúde, com dificuldade de acesso a serviços, deficiência ou mesmo ausência de saneamento básico e diminuição progressiva de seu poder aquisitivo.¹

Havia uma elevada proporção de patologias redutíveis por saneamento básico e imunizações que se tornava grave pela falta de diagnóstico precoce e pronto atendimento, determinando, com isso, altos coeficientes de morbimortalidade, baixa esperança de vida ao nascer e maior demanda por serviços de atenção médica hospitalar.¹ O descontentamento era grande e uma melhor atenção em saúde era uma reivindicação constante da população rural.¹

Buscando responder às necessidades dessa população, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) de Florianópolis trabalhou com setores da Igreja, entre os anos de 1979 e 1981 e, a partir desse contato, nasceu a perspectiva de desenvolvimento de um Projeto de Saúde vinculado à referida cooperativa baseado nos princípios e pressupostos da Atenção Primária como uma proposta de organização de serviços mais adequada às características da região e, principalmente, às necessidades dos associados.¹

O Projeto foi desenhado contendo dois níveis de atuação – o primeiro formado por Agentes de Saúde (AS) e o segundo pelo trabalho desenvolvido no Posto de Saúde por médicos e atendentes de enfermagem –, contando com um organizado esquema de coordenação e supervisão das ações desenvolvidas.¹ Com um forte cunho preventivo/curativo e procurando utilizar o mínimo possível os recursos do complexo médico-industrial, os serviços foram organizados, no sentido de complexidade crescente, buscando resolubilidade de, no mínimo, 90% das de-

mandas programadas e espontâneas nas quatro áreas básicas de atendimento curativo: ginecologia, pediatria, clínica médica e cirurgia.¹

Dados apresentados no relatório de avaliação do período compreendido entre 1981 e 1982, elaborado pelos coordenadores técnicos do Projeto, demonstraram alta resolubilidade alcançada, com pouca utilização de recursos do complexo médico-industrial (equipamentos, laboratórios, hospitais e medicamentos).¹ No tocante aos atendimentos realizados pelos Agentes de Saúde, em um total de 13.799 no ano de 1981, apenas 0,44% foram encaminhados ao nível secundário, tendo ainda participado de 824 reuniões com a comunidade e de campanhas de vacinação antipólio, feitas casa a casa, atingindo 100% de cobertura vacinal.¹

Este artigo, com foco na atuação educativa de Agentes de Saúde, busca analisar a conjuntura de ação e as práticas desenvolvidas por esses sujeitos, no período indicado, considerando-os interlocutores para a democratização dos conhecimentos no Projeto e para a promoção de uma atitude de maior independência de sua comunidade com respeito aos cuidados de saúde.¹ Constitui-se, então, objeto deste estudo identificar a prática de Agentes de Saúde do Projeto de Saúde da Cooperalfa, a partir de diferentes aspectos conjunturais e estruturais que influenciavam ou poderiam influenciar a prática de educação em saúde desses sujeitos. Por fim, tendo em vista a relevância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família, são levantados, a partir desta experiência, possíveis subsídios para seu fortalecimento enquanto sujeito educador em saúde na Atenção Básica.

MÉTODOS

Este estudo é parte de uma dissertação de mestrado intitulada “Prática educativa de Agentes de Saúde no Projeto de Saúde da Cooperalfa: revisitando a história após 30 anos”. Os preceitos éticos contidos na Resolução nº

196/96 do CNS/MS² foram respeitados em todas as etapas de seu desenvolvimento, sendo a pesquisa submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo parecer positivo para sua realização – nº 987/2010.

Caracterizado como um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa foi realizado, por meio de pesquisa documental retrospectiva e pesquisa em campo, através de entrevista semiestruturada.

Inicialmente, foram convidados dois coordenadores técnicos do Projeto de Saúde da Cooperalfa a atuarem como informantes-chave, permitindo o levantamento de um panorama inicial e vislumbrando, previamente pessoas a serem entrevistadas e documentos a serem analisados. A seleção dos informantes-chave ocorreu por conveniência, a partir de sua disponibilidade e interesse em colaborar com o estudo.

O corpus da pesquisa foi, então, formado por documentos históricos e doze entrevistas semiestruturadas realizadas com pessoas que fizeram parte do Projeto de Saúde, entre os anos de 1980 e 1982. Foram entrevistados quatro Agentes de Saúde, três médicos, um enfermeiro, dois gestores da Cooperalfa e dois coordenadores técnicos do Projeto.

Os documentos levantados por pesquisa documental foram, inicialmente, mapeados, a partir de temas-chave, a fim de possibilitar a organização da descrição dos dados encontrados. Fotos e *slides* foram analisados, tanto no sentido de contribuir para a qualificação das informações escritas, quanto na disponibilização de novas informações. Posteriormente, recorreu-se ao procedimento descritivo do corpus dos documentos recolhidos. As informações existentes nas entrevistas semiestruturadas referentes à história do Projeto foram utilizadas também descritivamente, complementando as informações dos documentos.

Os demais dados das entrevistas semiestruturadas foram tratados por meio da análise textual discursiva.^{3,4} As diversas unidades de análise que emergiram do material selecionado foram agrupadas, possibilitando a conformação de uma grande categoria analítica chamada de “Da escolha ao cotidiano do Agente de Saúde” – sobre a qual trata este artigo. As falas dos entrevistados são identificadas ao longo do texto entre aspas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Projeto de Saúde da Cooperalfa, foram identificados diferentes aspectos estruturais e conjunturais relacionados aos resultados apresentados neste artigo. Tais aspectos, descritos a seguir, elucidam como se dava a prática

dos Agentes de Saúde da Cooperalfa, especialmente sob o prisma da educação em saúde, e estão relacionados, dentre outros, ao modelo e aos critérios de escolha dos AS, ao vínculo que possuíam com o Projeto e ao modelo de formação em saúde empregado.

Considerando um desses aspectos, com a intenção de desenvolver um processo democrático que promovesse o vínculo entre comunidade e Agentes de Saúde, a definição dos Agentes de Saúde foi realizada, a partir de reuniões com cada uma das comunidades abrangidas, onde o Projeto, inicialmente proposto era apresentado e colocado em discussão, ocorrendo sua readequação, a partir das necessidades e dos contextos colocados pelas pessoas que dele seriam usuárias.

Nesse processo, estava incluída a escolha, através de eleição, de um Agente de Saúde que seria imprescindível para sua execução. Era claro, então, que o AS seria uma pessoa da comunidade, por ela eleita para com ela desenvolver suas atividades, conhecendo e fazendo parte da dinâmica local. Esse modelo de escolha deveria expressar o respeito da comunidade pelo Agente de Saúde e o desejo deste em atuar em um Projeto dessa natureza.

Com base nas falas dos entrevistados, verificou-se que os critérios estabelecidos, em geral, para a eleição do Agente estavam estreitamente relacionados com um compromisso prévio deste sujeito com a comunidade. *“A grande maioria deles era alguém que, de alguma maneira, cuidava de saúde. Era parceiro, era homeopata, [...], eram lideranças políticas, eram líderes de alguma maneira. Os Agentes eram, em tese, lideranças locais”* ou, ainda, exerciam certa liderança através das *“influências religiosas também, a Pastoral da Saúde já tinha meio mapeado algumas pessoas”* ou da participação em movimentos sociais organizados, como sindicatos e associações comunitárias. Ou seja, o Agente de Saúde eleito, em geral, era uma pessoa *“que tinha uma participação, um destaque, que tinha uma liderança na comunidade”*.

Para desempenhar as funções esperadas – promover a organização da comunidade e, em segundo plano, desenvolver atividades técnicas específicas, conformando o primeiro nível de atenção do Projeto e encaminhando ao segundo nível, o Posto de Saúde, casos individuais ou comunitários que não pudessem ser resolvidos ou em que se fizesse necessária uma intervenção, de certo modo, especializada⁵ –, os Agentes receberam formação específica, com o total de 200 horas, por meio de uma metodologia horizontal, permeada pela determinação social do processo saúde-doença. Após a formação, era, ainda, prevista educação permanente, através de encontros quinzenais ou mensais com médicos, enfermeiros (inseridos na equipe de supervisão do Projeto) e atendentes de saúde.

Com relação ao vínculo com o Projeto, os Agentes de

Saúde não eram considerados empregados da Cooperativa, mas parte da comunidade e, portanto, não faziam desta a sua profissão, não recebiam salário e não tinham horário fixo para desempenharem suas funções, mantendo suas atividades como agricultores. Em parte, esse modelo de organização era baseado no trabalho já desenvolvido anteriormente pela Igreja Católica, na região abrangida pela Cooperalfa, fundamentando-se basicamente na solidariedade comunitária.

Nessa proposta, era claro que o Agente seria parte da comunidade, muito mais do que do serviço, o que fortalecia os laços comunitários no Projeto. Estando subordinado à comunidade e não à Cooperativa, como colocado na fala a seguir, teria mais liberdade para exercer a função de mobilizador social: *“eles tinham muito esse, essa coisa que a gente defende até hoje, que, no discurso, a gente defende pro Agente Comunitário de Saúde, que o Agente de Saúde seja o elo entre o serviço e a comunidade. Eles faziam isso maravilhosamente, eles eram comunidade, eles não eram Unidade Básica”*.

Esse entendimento resultava na defesa ao sistema conformado, *“eles [os AS], inclusive, se manifestaram quando foi necessário em reuniões de assembleia da Cooperativa que, às vezes quando a Cooperativa tinha o interesse em não mais continuar, eles eram defensores, eles sentiam o quanto isso era importante, eles viviam lá na comunidade e viam os efeitos de ter um médico ou não ter um médico, né? Claro, a dimensão era menor, né? Mas, eu não vejo os Agentes Comunitários defendendo o SUS, eu vejo eles hoje defendendo o seu emprego”*.

Essa conjuntura, de certa forma unânime, em que havia um sentimento de pertencimento do AS à comunidade, complementada pela responsabilidade por terem *“sido delegados pra esse papel, subentendendo-se que, então, a comunidade confiava neles”* favorecia o desenvolvimento de uma relação educativa horizontalizada, reforçada pela relação de pertencimento e empatia com as situações e os problemas vivenciados pela comunidade atendida. O posicionamento tomado na relação de educação estabelecida potencializava uma mudança efetiva nas condições de saúde da população, como colocado por um dos entrevistados: *“de repente, o Agente, na verdade, ele não tinha lá essa bagagem, mas a postura dele, o encontro com a comunidade, discutir, conversar com a comunidade fez com que houvesse alguma mudança”*.

Outro aspecto relacionado com o papel de educador em saúde desempenhado pelos Agentes no Projeto de Saúde da Cooperalfa foi o acreditar na proposta de saúde desenvolvida, considerado fator determinante para a qualidade do cuidado. Sendo parte do coletivo para o qual se direcionavam os serviços oferecidos, ou seja, parte daqueles que sofriam com a falta de acesso aos serviços de saúde decorrentes da precária organização do setor no Brasil, na década de 1980, os AS compreendiam que *“o objetivo*

desse Projeto era melhorar a saúde rural” e, exerciam suas funções a partir de seu *“lado social e solidário”*. Salvo algumas exceções, apesar de não receberem salário para fazer parte do Projeto de Saúde, *“os Agentes se sentiam orgulhosos de estar participando desse processo”*.

Além do orgulho em desempenhar essa função, os relatos das entrevistas trazem também a noção de que o compromisso assumido com a comunidade era um dos elementos mais fortes do Projeto e minimizador do conflito possível por conta da não remuneração. Um dos entrevistados discorre sobre esta temática ao relatar o processo de decisão sobre o horário da formação dos Agentes, realizada aos finais de semana: *“levantou um agricultor: nós nos reunimos e achamos que um horário bom é das sete ao meio dia e da uma às sete e das oito e meia às dez. [...] Dissemos não é possível tanta carga de aula, não é possível, isso aí não vai dar certo. Levanta outro agricultor e diz: não, é porque a gente foi eleito pela nossa comunidade pra ser Agente de Saúde, enquanto nós estamos aqui sendo treinados ou tendo aula, os agricultores tão lá plantando por nós. A gente vai se sentir muito mal de estar aqui sem fazer nada”*.

Por outro lado, como em qualquer proposta dessa natureza, é lembrado que esse posicionamento comprometido com o Projeto e sua comunidade não era universal entre os Agentes, existindo exceções em que as pessoas eram Agentes *“pra tirar proveito, né, que ali também era um espaço político e aí, assim, era um espaço onde a pessoa podia se projetar, ser reconhecida na comunidade”*. Essa postura, entretanto, foi pouco evidenciada nas falas dos entrevistados. Em um contexto de privação de cidadania, somando-se à confiança dispensada pela comunidade na escolha de um cidadão como AS, em geral conformava-se um sentimento de orgulho por parte desses sujeitos em fazer parte da proposta em questão, ao mesmo tempo em que ser Agente de Saúde *“era um status na comunidade”*.

A formação dos Agentes de Saúde foi preponderante para essa maneira de desempenharem seu papel no Projeto de Saúde da Cooperalfa. Baseados em preceitos fortemente ligados à educação popular proposta por Paulo Freire, eram utilizados referenciais teóricos e metodológicos que envolviam a concepção de uma relação horizontalizada, ou seja, uma relação sujeito-sujeito, a necessidade de problematizar a realidade para aumentar a conscientização dos envolvidos e a determinação social como base para a discussão dos problemas de saúde da população.

Era central também a proposta de *“desmistificar que o médico não era o sabe-tudo, que eles tinham muito conhecimento popular, [...], que era preciso resgatar o conhecimento popular deles”*. Para isso, utilizava-se a dialética da ação e reflexão, envolvendo *“uma coisa que era muito central do ponto de vista metodológico, que era teoria e prática, prática e teoria”*.

A proposta, então, era fortalecer o Agente para uma prática social voltada para o desenvolvimento das ações técnicas esperadas e para aquela que era considerada sua função mais importante no Projeto: promover a organização da comunidade.⁶ Assim, além do aprendizado das noções técnicas básicas da função, os Agentes foram estimulados ao entendimento do processo socioeconômico como gerador de doença e da transformação social baseada na organização popular como perspectiva. Para isso, utilizavam-se também de valores presentes nas ações desenvolvidas pela Igreja Católica na região, como os de justiça social, cidadania e democratização dos conhecimentos.

Todo esse processo aumentava a criticidade dos sujeitos envolvidos e possibilitava sentirem-se mais autônomos para o desenvolvimento de suas práticas, ainda que não tivessem formalmente o conhecimento biomédico, valorizado no setor saúde. A compreensão de que “*eles tinham que estar preparados pra eventualmente fazer*”, ainda que com limites claros sobre sua prática profissional, fez com que eles pudessem “*avançar, se tornaram pessoas com maior capacidade de se expressar, de falar sobre a saúde*”.

Além da organização comunitária, papel central dos Agentes nessa proposta, constavam, ainda, no escopo de ações a serem realizadas pelos Agentes de Saúde: a) cuidados elementares de enfermagem, tais como, aferição de sinais vitais, curativos e injeções; b) educação e saúde, especialmente em relação a determinantes de doenças; c) doenças comuns de fácil resolução (verminoses, diarreia, piодermite etc.); d) cuidados mínimos materno-infantil; e) auxílio no processo de imunização; f) primeiros socorros; g) auxílio na prevenção decorrentes da falta ou deficiência de saneamento básico; h) mapeamento de sua área de atuação; i) preenchimento de Prontuário de Família; j) envio de relatórios sobre os casos atendidos, para o segundo nível; l) encaminhamento dos casos não resolvidos para o segundo nível.⁶

Especificamente no tocante ao atendimento de doenças comuns, era esperado, conforme um dos entrevistados, que o Agente de Saúde oferecesse cuidado “*em algumas patologias que a gente considerava que eram de tarefa do trabalhador primário de saúde – tem muito a ver com aquele livro onde não há médico. Então, tratavam o impetigo, davam soro na diarreia antes de mandar pro médico, se não funcionasse mandava pro médico, gargarejo quando a amidalite não era purulenta. Então, tinham algumas coisas que a gente considerava que eles podiam tratar [...]. Ele podia ver aquela pessoa no outro dia, se não adiantava, ele encaminhava pro Posto, onde teria um médico*”.

Com relação à educação e saúde particularmente, não havia definições para seu desenvolvimento, mas havia clareza de que “*o foco era ensinar. [...] Mais educação do que ser*

uma enfermeira”. De acordo com um dos entrevistados, “*a gente queria que eles fizessem isso [que fossem educadores em saúde], a gente dizia que a tarefa principal deles não era tratar os doentes, que era tentar colaborar com a saúde da população, embora não tivessem ferramentas para isso*”.

O que se percebe é que a função de educador em saúde não estava tão explícita no Projeto, mas implícita em sua proposta ideológica e metodológica, aproximando-se do chamado currículo oculto.⁷ Nesse sentido, pode-se dizer que as ferramentas que os Agentes possuíam eram aquelas utilizadas na sua própria formação. Tais ferramentas se configuravam por meio da noção de que a prática de saúde, que é essencialmente educativa em suas diferentes dimensões, deve ocorrer através de uma relação baseada na horizontalidade, em uma relação sujeito-sujeito, em valores de solidariedade e cidadania.

Somavam-se às ferramentas disponibilizadas na formação, o compromisso assumido diante de uma realidade por eles também vivenciada, do respeito e confiança a eles designados por sua comunidade e toda uma conjuntura de práticas de organização comunitária e social existente, em parte fruto das ações desenvolvidas pela Igreja Católica na região, que resultavam em sua caracterização como educadores, ainda que essa função não estivesse claramente institucionalizada.

As ações de educação e saúde desenvolvidas pelos Agentes geralmente estavam restritas às orientações individuais, principalmente voltadas às práticas assistenciais e curativas, não sendo habitual realizar ações de cunho coletivo. Os grupos eram realizados pelos Agentes, a partir de “*algumas iniciativas, então, de alguns Agentes que reuniam a comunidade nesses espaços, assim, e muito essa orientação individual quando ele era chamado lá na casa da pessoa ou quando a pessoa vinha na sua casa pra receber uma orientação também*”.

Na avaliação de um dos entrevistados, “*eles tinham um foco muito clínico [...]. Até hoje a prática educativa está muito mais voltada às práticas assistenciais e curativas mesmo do que qualquer outra coisa e lá também não era diferente. Apesar de que ficava lá no fundinho da cabecinha deles que precisa refletir sobre o problema, como a Agente de Saúde que fazia desenhos [AS anal-fabeta], ela botava o cara amarelão e ficava discutindo o que era ali, mas é que tinha o esgoto, mas é que tinha não sei o que... [...] Então, eles falavam isso, entende? Não era simplesmente porque era verminose e tal e acabou*”.

No tocante às ações coletivas de educação em saúde, geralmente aconteciam, a partir da identificação pelo Agente de um problema coletivo, que acionava o médico ou o enfermeiro para realizarem uma reunião com a comunidade. A condução dessas reuniões, portanto, seria de responsabilidade dos profissionais de nível superior e os Agentes seriam coparticipantes. Então, “*não eram eles que*

davam o receituário, o que fazer, e não era programático, acho que esse é que é o ponto. Não era das tarefas fazer reuniões com a comunidade, a gente não tinha isso claro na época”.

Portanto, não era dada ênfase a essa possibilidade de ação do Agente e nem reprimido aquele que desenvolvesse, a partir de sua iniciativa, ações de educação em saúde de cunho coletivo. Um dos entrevistados coloca que *“alguns Agentes de Saúde fizeram trabalhos que hoje seriam top, tipo fazer grupos de gestantes, fazer grupos mesmo que eles tocavam, tá? Fazer saneamento básico, conscientizar acerca do que eram as esterqueiras, alguns Agentes de Saúde se envolveram com biodigestão”.* Ou seja, *“Eles faziam. Se achavam que podiam fazer, eles faziam”.*

Por fim, pensando na prática educativa como uma ação para a transformação, podemos considerar que o Agente de Saúde do Projeto da Cooperalfa era um educador em saúde, em sua essência. Como consequência, ainda que a transformação de uma sociedade marcada por iniquidades em uma sociedade mais justa pudesse se configurar como algo utópico na realidade em questão, muitas das ações realizadas pelos AS puderam melhorar a vida das pessoas atendidas.

Essas ações foram reflexos de *“uma relação muito horizontal estabelecida com a população e, com isso, eles conseguiam ter uma prática educativa do jeito que a gente considera legal. Tipo, eles tinham diálogo de igual pra igual. [...] Eles faziam individual e era promoção, prevenção sem dúvida nenhuma, muito de prevenção [...], dava muito essa ideia de reforçar o ego das pessoas. Então, eu acho que isso é uma mensagem boa pra ajudar a promover saúde”.*

CONCLUSÃO

Neste estudo, o trabalho educativo do Agente de Saúde da Cooperalfa é caracterizado como algo inerente às suas funções, ainda que não estivesse claramente colocado no escopo de ações previstas oficialmente. Tal prática estava relacionada com fatores conjunturais, como o envolvimento comunitário prévio, e estruturais relacionados ao Projeto de Saúde da Cooperalfa, como o compromisso assumido com a comunidade ao serem eleitos, o acreditar na proposta de atenção à saúde e, principalmente, com o modelo de formação utilizado, que se transformou no próprio modelo de trabalho do AS.

A prática educativa, de cunho essencialmente individual, era caracterizada pela discussão baseada na determinação social do processo saúde-doença e na horizontalidade das relações, fazendo do AS potencial agente de transformação da realidade local. Portanto, caracterizava-se como uma prática diferenciada daquela em que a ação de educação em saúde é entendida como meramente culpabilizadora e prescritora de comportamentos ideais, fortemente

centrada nos saberes técnicos do setor saúde, aproximando-se da concepção de educação popular em saúde.

Não se limitando apenas a informar sobre cuidados de saúde à população, a prática educativa dos Agentes inseria-se em um contexto em que os Agentes de Saúde estavam ligados à proposta política e ideologicamente e se caracterizavam, então, como comunidade muito mais do que como serviço, tendo clareza do que eram e do papel que precisavam desempenhar como agentes de transformação.

Ao mesmo tempo, tinham mais possibilidades de atuarem na busca por modificação das condições de saúde e vida da população, uma vez que, sem vínculo salarial com a cooperativa, eram menos vulneráveis à coerção do poder político local. Como primeiro fruto desse processo, ao final do curso os próprios AS criaram uma Associação, como uma forma de organização comunitária na região.¹

Uma configuração desse tipo em um Projeto dessa natureza é dependente de iniciativas de solidariedade na busca por cidadania, que se apresentavam na proposta em questão. Na análise de um dos entrevistados, os associados eleitos para a função de Agentes de Saúde *“já eram um grupo antes, já eram um coletivo antes. Então, eles já eram um coletivo que pensava no coletivo, então isso faz toda a diferença, né? Um coletivo que pensa no coletivo, isso faz educação horizontal, faz promoção da saúde, faz a transformação”.*

A análise do contexto geral permitia visualizar, na época, que a metodologia utilizada na seleção, na formação e na condução do trabalho dos Agentes era uma ferramenta potencial para fortalecer a comunidade naquela região. Finalizamos, então, concluindo que o Projeto possibilitou a descoberta da dimensão política da educação popular, a partir da prática de Agentes de Saúde, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população atendida. Na atualidade, resguardando-se questões empregatícias muito bem estabelecidas em relação à profissão do Agente Comunitário de Saúde, sua função primordial de educador em saúde pode ser resgatada, e, para isso, os modelos de formação e condução do trabalho dos AS do Projeto de Saúde da Cooperalfa, apresentados neste artigo, podem ser levantados como pontos a serem debatidos para retomar sua configuração enquanto ação social transformadora.

REFERÊNCIAS

1. Cooperativa Regional Alfa. Relatório Anual. Chapecó: Cooperalfa; 1982. Mimeo. (Relatório).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Estabelece diretrizes e normas regula-

mentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília; 1996 out. 10.

3. Moraes R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educ.* 2003; 9(2):191-211.

4. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência & Educ.* 2006; 12(1):117-28.

5. Cella EM, Fernandes JA, Silva MEK. Experiência do Programa Saúde Rural Cooperalfa. *Contact.* 1984; (34):9-10.

6. Cooperativa Regional Alfa. Apostila de formação dos Agentes de Saúde. Chapecó: Cooperalfa; 1981. Mimeo.

7. Apple M. Ideologia e currículo. São Paulo: Brasiliense; 1982.

Submissão: junho de 2015

Aprovação: janeiro de 2016
